

N i e d e r s c h r i f t

über die 38. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 13. Juni 2024

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Unterrichtung durch die Landesregierung zu den Verträgen über die außerklinische Intensivpflege nach § 132 I Abs. 1 SGB V**
Unterrichtung 5
Aussprache 8
2. **Terminangelegenheiten**
hier: Parlamentarische Informationsreise nach Wien 15

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Jonas Pohlmann (i. V. d. Abg. Eike Holsten) (CDU)
9. Abg. Volker Meyer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.17 Uhr bis 11.21 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschriften über die 36. und 37. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Unterrichtung durch die Landesregierung zu den Verträgen über die außerklinische Intensivpflege nach § 132 I Abs. 1 SGB V

Unterrichtung

RD **Metzler** (MS): Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz hat sich im Bereich der außerklinischen Intensivpflege vieles getan. Durch die gesetzliche Regelung ist der bisherige Anspruch, der im Rahmen der häuslichen Krankenpflege geregelt war, nunmehr in einen eigenständigen Leistungsanspruch nach dem neuen § 37 c SGB V für Versicherte mit einem besonderen intensivpflegerischen Versorgungsbedarf übergegangen. Diese gesetzliche Neuregelung hat das Erfordernis mit sich gebracht, dass die bisherigen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen nun aufgrund der gesetzlichen Neuregelung in § 132 I neu abgeschlossen werden mussten. Um diese Versorgungsverträge abschließen zu können, bedurfte es zuvor zunächst einer entsprechenden Rahmenempfehlung auf Bundesebene, die dort mit dem GKV-Spitzenverband und den gesetzlich genannten Leistungserbringern vorab zu entwerfen war. Diese Rahmenempfehlung ist schließlich zum 1. Juli 2023 in Kraft getreten. Dies führte aufgrund der Übergangsregelung in § 132 I Abs. 5 SGB V dazu, dass im Anschluss Versorgungsverträge mit einer Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2024 abzuschließen waren. Mit diesem vom Gesetzgeber vorgegebenen Stichtag treten bestehende Verträge nach § 132 a Abs. 4 SGB V außer Kraft.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll es sich bei den neu abzuschließenden Versorgungsverträgen um Kollektivverträge und nicht mehr - wie nach den bisherigen Regelungen - um Individualverträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern handeln. Dies bedeutet, dass nunmehr die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern abschließen. Absicht des Gesetzgebers war es, einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege wegen deren besonderen Sensibilität zu vermeiden.

Im Laufe der Zeit hat sich gezeigt, dass dieser Transformationsprozess von den Altverträgen zu den neuen Verträgen durchaus problembehaftet war. So haben wir insbesondere durch Zuschriften und Eingaben vonseiten der Leistungserbringer Hinweise darauf bekommen, dass es nach ihrer Auffassung bei der Transformation, beispielsweise bei der rechtlichen Einordnung und der Abrechnung spezieller Leistungen, wie zum Beispiel der speziellen Krankenbeobachtung, zu rechtlichen Ungenauigkeiten kommen könnte und dass die Abrechnungsmodalitäten zum Teil nicht eindeutig seien. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass bisher in Pauschalen abgerechnet wurde und nunmehr gewisse Leistungen auch durch Einzelvergütungen abgerechnet werden.

In diesem Zusammenhang steht die Landesregierung nach wie vor in einem engen Austausch mit der AOK. Parallel erfolgen Abstimmungsprozesse aufseiten der Krankenkassen auch unter Einbindung von Leistungserbringern, um die Problemfelder - etwa Unschärfen bei den Abrechnungsmodalitäten - und einen gegebenenfalls vorhandenen Anpassungsbedarf zu identifizieren. Die Gespräche dauern noch an. Das heißt, der Austausch mit den Kostenträgern und Leistungserbringern läuft noch, weil es nicht einfach ist, die Problemfelder genau herauszuarbeiten. Die

Landesregierung begleitet das eng, insbesondere die AOK, und nimmt diese Eingaben sehr ernst. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass beispielsweise Frau Staatssekretärin Dr. Arbogast in einem Fall auch mit einem Leistungserbringer und mit Vertretern der Kostenträgerseite im Austausch stand, um das Thema zu erörtern.

Durch Eingaben und Zuschriften von Leistungserbringern wurde auf schleppende Vertragsverhandlungen seitens der Krankenkassen und darauf hingewiesen, dass die Vergütungsangebote, die gemacht wurden, nicht auskömmlich seien. Die Landesregierung ist jedoch an diesen Vertragsverhandlungen nicht beteiligt. Vertragspartner sind, wie dargestellt, auf der einen Seite die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und auf der anderen Seite die jeweiligen Leistungserbringer, die die Verträge schließen müssen. Da die Landesregierung an den Vertragsverhandlungen nicht direkt beteiligt ist, kann sie die Modalitäten nicht vorgeben und auch nicht in die Vertragsverhandlungen eingreifen.

Der Gesetzgeber hat aber für den Fall des Dissenses die Möglichkeit zur Durchführung eines Schiedsverfahrens geregelt. Ein solches Schiedsverfahren kann auf Antrag durchgeführt werden und ist auch obligatorisch. Die Vertragsparteien haben sich dann zuvörderst auf eine Schiedsperson zu einigen. Sollte das nicht möglich sein, hat das Bundesamt für Soziale Sicherung die Aufgabe, eine Schiedsperson zu benennen, um dann den streitigen Vertragsinhalt, auf den man sich nicht hat einigen können, für beide Parteien verbindlich festzulegen.

Im Übrigen führt das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung die Rechtsaufsicht über die AOK Niedersachsen und steht auch zu diesem Punkt mit der AOK Niedersachsen in einem engen Austausch.

Die AOK Niedersachsen hat uns mitgeteilt, dass sie erstmals kurz vor Weihnachten 2023 die Vertragspartner, die bisher die Versorgungsverträge abgeschlossen hatten, aktiv angeschrieben und über die Neuregelung in § 132 I Abs. 5 SGB V informiert hat. Im Januar 2024 erfolgte eine weitere schriftliche Information durch die AOK Niedersachsen. Im weiteren Verlauf stimmten sich dann auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen untereinander ab und entwarfen einen Serienbrief, der unter dem 15. März abermals an alle Leistungserbringer adressiert wurde, die bisher Versorgungsverträge mit den jeweiligen Kassen abgeschlossen hatten. In diesem Brief wurde noch einmal auf die Regelung in § 132 I SGB V hingewiesen. Es wurden Informationen zu der Neuregelung gegeben, und die Leistungserbringer wurden auch gebeten, sich mit ihren jeweiligen Landesverbänden, die für die jeweiligen einzelnen Leistungserbringer federführend zuständig sind, in Verbindung zu setzen, um die Modalitäten für die erforderlichen Vertragsabschlüsse schaffen zu können.

Im weiteren Verlauf teilte die AOK Niedersachsen mit, dass der Mustervertrag nach § 132 I Abs. 5 SGB V mit dem größten Verhandlungsführer auf der Leistungserbringerseite nunmehr Anfang der 23. Kalenderwoche geeint werden konnte. Die entsprechenden Verträge wurden nach Rückmeldung der AOK Niedersachsen Mitte der 23. Kalenderwoche an die Leistungserbringer versandt. Für den Fall, dass einzelne Leistungserbringer noch nicht die erforderlichen Zulassungsvoraussetzungen nach § 132 I SGB V nachgewiesen haben oder nachweisen konnten, bieten die Landesverbände den Leistungserbringern an, vorläufige Zulassungsvereinbarungen abzuschließen, damit auch über den 30. Juni 2024 sichergestellt ist, dass diese Leistungserbringer

die Leistungen übergangsweise zunächst weiter erbringen können. Die Zulassungsunterlagen - der sogenannte Strukturhebungsbogen - können von den Leistungserbringern dann noch bis zum 31. Oktober 2024 an den federführenden Landesverband nachgereicht werden.

Alle Leistungserbringer erhalten ein individuelles vorläufiges Vergütungsangebot. Bei der AOK Niedersachsen erfolgte der Versand der Vergütungsangebote bis einschließlich 10. Juni 2024. Soweit Leistungserbringer, welche die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und den Mustervertrag abgeschlossen haben, das Vergütungsangebot annehmen, erfolgt der Abschluss der Muster-Vergütungsvereinbarung mit den vereinbarten Vergütungssätzen.

In den Fällen, in denen Leistungserbringer eine vorläufige Zulassungsvereinbarung abgeschlossen haben, d. h. die Zulassungsvoraussetzungen noch nicht nachweisen konnten, oder das individuelle vorläufige Vergütungsangebot noch nicht geeint werden konnte, bieten die Landesverbände den Leistungserbringern zur Überbrückung der Verhandlungen den Abschluss einer vorläufigen Vergütungsvereinbarung an, damit die Leistungserbringer auch über den 30. Juni hinaus Leistungen erbringen können und diese auch vergütet werden. Diese vorläufige Vergütungsvereinbarung kann von beiden Vertragsparteien zunächst aus wichtigem Grund gekündigt werden, läuft aber ansonsten so lange weiter, bis man sich entweder in parallel laufenden Vergütungsverhandlungen konsensual auf eine endgültige Vergütung geeinigt hat oder bis im Fall der Nichteinigung die Vertragsinhalte durch eine Schiedsperson final festgelegt wurden.

Das individuelle vorläufige Vergütungsangebot der Krankenkassenseite setzt sich im Einzelnen wie folgt zusammen: Zunächst wird bezogen auf den jeweiligen einzelnen Leistungserbringer der Mittelwert der für ihn im Juli 2023 geltenden Vergütungen mit den einzelnen Krankenkassen gebildet. Das heißt, es werden nicht alle Leistungserbringer gemittelt, sondern die Betrachtung bezieht sich jeweils nur auf den Leistungserbringer, um den es geht. Der Mittelwert wird aus den Verträgen gebildet, die er in der Vergangenheit mit den Krankenkassen abgeschlossen hat. Dieser Mittelwert wird dann noch um die aktuelle Grundlohnsummen-Veränderungsrate erhöht, die gesetzlich vorgegeben wurde und aktuell 4,22 % beträgt.

Die AOK hat mitgeteilt, dass für die Fälle, in denen diese Pauschallösung zu unververtretbaren Härten führen würde, auch vor dem 30. Juni noch bilateral eine Lösung gefunden werden kann. Das heißt, man ist für Verhandlungen offen, sofern Leistungserbringer aufgrund dieser pauschalisierten Vergütung immer noch eine unzumutbare Härte geltend machen können.

Ferner hat die AOK mitgeteilt, dass sie auch von der Möglichkeit Gebrauch machen würde, Kompensationszuschläge zu zahlen, die nach der Rahmenvereinbarung für zurückliegende Zeiträume gezahlt werden können, für die bislang noch nicht nach § 132 I SGB V verhandelt werden konnte.

Im Übrigen richten sich die Grundsätze der Vergütung nach § 14 der Rahmenempfehlung. Zudem kann nach § 132 I Abs. 5 Satz 2 SGB V die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen von der Krankenkassenseite nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Nach Auffassung der Krankenkassen ist durch dieses Zusammenspiel der Möglichkeit einer vorläufigen Zulassungsvereinbarung für die Fälle, in denen der Strukturhebungsbogen und die Zulassungsvoraussetzungen noch nicht geklärt werden konnten, in Kombination mit den vorläufigen Vergütungsvereinbarungen für die Fälle, in denen aktuell noch keine Einigung über die

Vergütungshöhe stattfinden konnte, sichergestellt, dass nicht nur die Leistungen über den 30. Juni hinaus weiter erbracht werden können, sondern diese auch vergütet werden können.

Vor diesem Hintergrund wird von der Kassenseite eine Verschiebung der Frist nach § 132 I Abs. 5 Satz 6 SGB V als nicht erforderlich angesehen. Die Landesregierung teilt diese Auffassung. Zudem ist nach der aktuellen Gesetzessystematik nicht vorgesehen, dass die Leistungserbringer anstelle der gesetzlich vorgesehenen Kostenträger durch das Land Niedersachsen vergütet werden.

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass die versicherten Personen bei Vorliegen der Voraussetzungen den aus § 37 c SGB V resultierenden gesetzlichen Leistungsanspruch gegen die Krankenkassen haben und diesen gegebenenfalls auch gerichtlich durchsetzen können. Die Krankenkassen müssen durch den Abschluss der Versorgungsverträge nach § 132 I Abs. 5 SGB V sicherstellen, dass die Leistungen durch die Leistungserbringer erbracht werden können. Von einem Versorgungsengpass geht die AOK Niedersachsen nicht aus.

Aussprache

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Meine Nachfragen beziehen sich vor allen Dingen darauf, dass jetzt Kollektivverträge abgeschlossen werden, aber bei den pflegebedürftigen Personen durchaus unterschiedliche Situationen vorhanden sind. Intensivmedizinisch zu versorgende Kinder benötigen ja mitunter eine ganz andere Versorgung als Erwachsene und haben auch ganz andere Krankheitsbilder. Ich beziehe mich jetzt vor allen Dingen auf die Versorgung der Kinder. Wir haben etwa im Zusammenhang mit der Krankenhausreform festgestellt, dass gerade die Pädiatrie immer einen besonderen Kostenfaktor hat. Deswegen gibt es ja auch die Vorhaltefinanzierung, damit diese Leistungen entsprechend abgesichert sind. Nach meinem Eindruck werden die Kollektivverträge einer besonderen intensivpflegerischen Versorgung von Kindern nicht unbedingt gerecht. Können Sie etwas dazu sagen, ob sich das ausdifferenziert?

Ich möchte gerne auch noch eine ganz andere Ebene ansprechen, nämlich die Kommunikation. Der Prozess ist das eine. Es scheint auch alles im Blick zu sein, und alle scheinen sich irgendwie zu kümmern und nach guten Lösungen zu suchen. Die Eltern mit ihren wirklich schwersterkrankten Kindern sind jedoch durch die Situation mitunter hochgradig verunsichert. Können Sie insofern noch etwas zu der Kommunikation in Richtung der betroffenen Eltern oder auch in Richtung anderer betroffener Patient*innen sagen? Denn es ist einer der wesentlichen Faktoren, dass gerade sie weiterhin Vertrauen in die Versorgung haben.

Ähnliches gilt auch für die Mitarbeitenden, die wissen müssen, ob sie künftig eigentlich noch ihren Job haben werden. Wie gestaltet sich dieser Prozess? Das ist am Ende eine Unternehmensfrage für die Leistungserbringenden. Aber ich nehme zumindest wahr, dass dort durch die unsichere Situation eine hochgradige Verunsicherung besteht. Ich kann mir vorstellen, dass das auch an der Kommunikation liegt.

Sie haben darauf hingewiesen, dass das Land nicht die Verantwortung trägt, aber auch erwähnt, dass es durch die Rechtsaufsicht über die AOK Niedersachsen durchaus in den Prozess eingebunden ist. Ich meine, insofern trägt das Land auch eine Mitverantwortung. Deswegen finde ich

es wichtig, dass wir diesen Prozess wirklich so gut begleiten, dass die betroffenen Menschen, nämlich die Patient*innen und deren Eltern, nicht verunsichert sind.

Das war meine erste Frage. Ich habe noch ein paar Fragen, aber das möchte ich erst einmal so stehen lassen.

RD Metzler (MS): Die Entscheidung, Kollektivverträge abzuschließen, hat der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung vor dem Hintergrund getroffen, dass er verhindern wollte, dass durch einzelvertragliche Regelungen Wettbewerb zwischen den Kassen entsteht. Der Gesetzgeber hat gesehen, dass das ein sensibler Bereich ist, der aus dem Wettbewerb herausgenommen werden muss. Der Gesetzgeber hat entschieden - wie es an anderen Stellen im SGB V, bei anderen Verträgen ebenfalls durchaus der Fall ist -, dass die Kassenverbände gemeinsam und einheitlich mit den Ersatzkassen die Verträge zu schließen haben und das somit mehr oder weniger dem Wettbewerb der Kassen untereinander entziehen.

Zu der Frage bezüglich der Kommunikation: Inwieweit die Kassen auch einzelne Versicherte angeschrieben haben, entzieht sich meiner Kenntnis. Wenn sich Ihre Frage also auf die Kommunikation zwischen der Kasse und den versicherten Personen bzw. betroffenen Eltern bezieht, kann ich dazu aktuell nichts sagen. Das müsste ich nachreichen.

Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE): Es geht mir nicht darum, was die Kassen gemacht haben, sondern darum, dass die Situation insgesamt zu einer hochgradigen Verunsicherung führt. Mir geht es im Wesentlichen darum, was proaktiv getan wird, um dieser Verunsicherung zu begegnen.

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Strukturen wie in der Pädiatrie, der Kollektivverträge nicht gerecht werden, haben mich die bisherigen Ausführungen in keinsten Weise zufriedengestellt. Es könnten ja Kollektivverträge für alle intensivmedizinischen Pflegedienste abgeschlossen werden. Das ist aber gar nicht der Punkt. Der Punkt ist, dass es eine andere Struktur ist, ob Kinder oder erwachsene Menschen versorgt werden.

RD Metzler (MS): Da gebe ich Ihnen recht. Nichtsdestotrotz hat der Gesetzgeber diese Entscheidung getroffen. Ich nehme das, wie gesagt, mit. Im Moment kann ich dazu nichts weiter beitragen.

Zu dem Stichwort „Vertrauen“: Ich gebe Ihnen recht, dass das für die betroffenen Personen, für die Patientinnen und Patienten eine schwierige Situation ist. Aus meiner Sicht unternehmen die Krankenkassen jedoch das ihnen Mögliche, um die Versorgung nach wie vor sicherzustellen. Die AOK hat mir auch mitgeteilt, dass es nach jetzigem Dafürhalten an dieser Stelle zu keinen Versorgungsengpässen kommt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bin ich auch vor dem Hintergrund der Möglichkeiten, die den Leistungserbringern jetzt von vertraglicher Seite angeboten werden, guter Dinge, dass es damit möglich sein sollte, auch über den 30. Juni hinaus die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Abg. Volker Meyer (CDU): Man kann aus den Äußerungen wieder ein bisschen heraushören, dass die eine Seite meint, ein gutes Angebot zu machen, und die andere Seite dieses Angebot für nicht auskömmlich für ihre Arbeit hält. Dieses Problem können wir hier nicht lösen. Von daher bin ich für die Ausführungen im Rahmen dieser Unterrichtung dankbar, die auch deutlich gemacht haben, dass die Krankenkassen gewillt sind, entsprechende Lösungen herbeizuführen.

Sie haben ausgeführt, dass die Krankenkassen den Anbietern Vertragsangebote gemacht haben. Ist dem Ministerium bekannt, wie vielen Anbietern ein Angebot gemacht wurde und wie viele von ihnen bis heute dieses Vertragsangebot angenommen haben?

RD **Metzler** (MS): Nach Auskunft der AOK stehen Vertragsangebote mit 105 Leistungserbringern im Raum. Darüber, wie viele von ihnen zum jetzigen Zeitpunkt bereits eine Vergütungsvereinbarung konsentiert haben, habe ich zum jetzigen Zeitpunkt keine Kenntnis. Das werde ich nachreichen.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Auch von mir herzlichen Dank für diese ausführlichen Informationen, die sehr viel Licht ins Dunkel gebracht haben und mit denen Sie das Maßnahmenpaket aufgezeigt haben, wie man übergangsweise damit umgeht.

Wir wurden natürlich auch sehr viel vonseiten der Leistungserbringer kontaktiert. Bei einzelnen Pflegediensten war von 30 bis 40 % Preiskürzungen bei der Kinderintensivpflege die Rede. Ein Pflegedienst hat uns auch signalisiert, dass er zum 15. dieses Monats, also übermorgen, seine Mitarbeitenden in Kurzarbeit schicken wird, weil es nicht mehr leistbar ist, und mitgeteilt, dass bis zum heutigen Tag kein einziger geeinter Vertragsentwurf vorliegt. Das haben Sie gerade anders beschrieben. Ich glaube, wir alle können nur schlecht einschätzen, was es bedeuten würde, wenn das ernst wird. Wenn insbesondere Kinderintensivpflegedienste vom Netz gehen sollten, weil hier irgendetwas nicht funktioniert, müssen wir befürchten, dass intensivpflichtige Kinder, die etwa beatmet werden, nicht versorgt sind. Uns wurde auch mitgeteilt, dass in anderen Bundesländern Pflegedienste vom Netz gegangen sind. Das mag aber in einem ganz anderen Kontext stehen. Ich suche eigentlich nach Möglichkeiten, gegenüber diesen Pflegediensten zu argumentieren, dass bereits alles Mögliche unternommen wird, wie Sie das auch aufgezeigt haben. Ist also aus der Sicht des Ministeriums die Versorgung der intensivpflichtigen Kinder nicht gefährdet?

RD **Metzler** (MS): Ich kann nur noch einmal auf die Rückmeldung der AOK verweisen, die mir mitgeteilt hat, dass nicht damit zu rechnen ist, dass es Versorgungsengpässe gibt.

Im Übrigen gab es nach meiner Kenntnis keine pauschalen Kürzungen in dem Sinne, dass pauschal 30 % der Vergütung gekürzt würden, sondern nach der von mir dargestellten Systematik der Vergütungsangebote wird, bezogen auf den jeweiligen Pflegedienst, darauf abgehoben, welche Höhe der Vergütung bisher abgeschlossen wurde. Das ist dann ein Mittelwert der Verträge, die er bisher abgeschlossen hat. Es muss dann also auch Verträge geben, die unterhalb des Mittelwertes liegen. Wenn das als Basis genommen und dann die Grundlohnsummen-Veränderungsrate ergänzt wird, ist es nach Auffassung der Krankenkassen durchaus nachvollziehbar, dass das zunächst einmal ein vorläufiges auskömmliches Vergütungsangebot sein kann. Es ist ja dem Pflegedienst unbenommen, dass, nachdem die vorläufige Vergütungsvereinbarung unterzeichnet wurde, damit er überhaupt erst mal weiter leisten kann, daneben noch weitere Vergütungsverhandlungen geführt werden können. Die können ja dann parallel weiterlaufen. Wichtig ist aber erst einmal, dass die Versorgung über den 30. Juni hinaus weiterbetrieben wird. Das ist möglich auf der einen Seite durch die vorläufigen Zulassungsvereinbarungen für den Fall, dass der Pflegedienst noch nicht nachweisen konnte, dass er die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, und auf der anderen Seite auch durch die vorläufigen Vergütungsvereinbarungen mit dem gemittelten Wert plus Grundlohnsummen-Veränderungsrate von 4,22 %, um über den 30. Juni

hinaus weiter die Versorgung sicherzustellen. Es ist auch vonseiten der Kassen durchaus zu erwarten, dass die Mehrzahl der Pflegedienste von dem Angebot Gebrauch machen wird, parallel daneben weiter Vergütungsverhandlungen zu führen. Das ist ja auch völlig normal. Aber wichtig ist, dass die Versorgung weitergeht. Ich denke, das ist mit diesen vorläufigen Vereinbarungen und auch nach Auffassung der Kassen möglich.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Aus der Unterrichtung und der Beantwortung der Fragen dazu ist eindrücklich der Auftrag des Bundesgesetzgebers klargeworden, an dieser Stelle den Wettbewerb einzudämmen. Am Ende geht es ja bei den Krankenkassenleistungen auch immer um die Beiträge der Versicherten. Das muss man natürlich abwägen. Aus den Ausführungen meiner Vorrednerin ist aber auch klargeworden, dass wir ein sehr großes Interesse daran haben, dass die Versorgung von Kindern in unserem Land gewährleistet ist.

Nun zu meiner Frage. Nach § 132 I Abs. 8 SGB V erstellen „die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ... gemeinsam und einheitlich eine Liste der Leistungserbringer, mit denen Verträge nach Absatz 5 bestehen, und veröffentlichen sie barrierefrei auf einer eigenen Internetseite“. Ich habe versucht, diese Liste zu finden, aber das ist mir nicht gelungen. Vielleicht können Sie dazu etwas sagen.

Nach meinen Informationen können Leistungserbringer sowohl Krankenhäuser, die eine ambulante Versorgung vornehmen, als auch Pflegedienste sein. Mich interessiert, ob es in Niedersachsen einen Mix an Leistungserbringern gibt und wie viele Kinder überhaupt Intensivpflege benötigen.

RD **Metzler** (MS): Zu Ihrer Frage zu § 132 I Abs. 8 SGB V: Da noch nicht alle Verträge geeint sind, gehe ich davon aus, dass die Liste im Laufe der Zeit erstellt wird. Wir bleiben da aber am Ball und achten darauf, dass die Liste entsprechend den Vorgaben des Gesetzes veröffentlicht wird.

Was die Zusammensetzung der einzelnen Leistungserbringer angeht, kann ich zum aktuellen Zeitpunkt nicht mit konkreten Zahlen dienen. Das werde ich nachreichen. Gleiches gilt auch für die aktuelle konkrete Anzahl der intensivpflegebedürftigen Personen.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Sie haben davon gesprochen, dass es Kollektivverträge gibt. Das ist ja auch das Ziel und finde ich auch sinnvoll. Gleichzeitig ist aber weiterhin von Vergütungsverhandlungen die Rede. Inwieweit sind aber dann, wenn die Vergütungsverhandlungen noch nicht passen, weil sie anhand eines Mustervertrags mit einem großen Leistungserbringer geeint wurden, überhaupt noch Verhandlungsspielräume zum Beispiel für besondere Leistungen vorhanden?

Da nach meiner Wahrnehmung die Informationen bei den Leistungserbringern noch nicht ausreichend angekommen sind, stellt sich auch die Frage, wie wir dazu beitragen und sicherstellen können, dass kein Kind nach dem 1. Juli unversorgt bleibt und dass weder Eltern noch Leistungserbringer verunsichert, sondern ausreichend informiert sind.

Nach meinen Informationen sind 3 000 Kinder betroffen. Deren Versorgung wird wohl kaum von Krankenhäusern aufgefangen werden können. Niemand von uns möchte, dass irgendjemand in diese Situation gebracht wird. Mir geht es jetzt wirklich nur darum: Was kann weiter getan werden? Inwieweit wird das Ministerium weiter unterstützend tätig sein? An welchen Stellschrauben kann aus der Sicht des Ministeriums die AOK in diesem Prozess unterstützt werden, damit

wirklich alle bestmöglich informiert sind und dieser Prozess fortgeführt werden kann, an dessen Ende solche Verträge stehen, dass die Leistungen weiter erbracht werden können und die Leistungserbringer auch wissen, dass sie jetzt noch Zeit für ein solches Schiedsverfahren haben? Nach meiner Wahrnehmung haben sie diese Information bis heute nicht. Bei uns kommt, wie von Frau Prell erwähnt, die Information an, dass von den Pflegediensten zum Teil darauf hingewiesen wird, dass sie jetzt nur noch in Kurzarbeit gehen können und ihre Leistungen abbauen müssen.

RD Metzler (MS): Zu Ihrer ersten Frage: Es bleibt den jeweiligen Leistungserbringern natürlich unbenommen, weiter auch im Rahmen von vorläufig geschlossenen Verträgen Vertragsverhandlungen zu führen. Das kann inhaltlicher Natur sein, ist aber vermutlich im Wesentlichen vergütungstechnischer Natur. Das ist natürlich immer möglich, auch wenn Leistungserbringer vorläufige Vereinbarungen abgeschlossen haben. Das Ziel ist natürlich der Abschluss eines endgültigen Versorgungsvertrages nach § 132 I Abs. 5 SGB V, der dann abgeschlossen wird, wenn die Zulassungsvoraussetzungen gegeben sind. Daneben steht, wenn man sich noch nicht über die Vergütung geeinigt hat, die vorläufige Vergütungsvereinbarung. Diese kann natürlich, wie ausgeführt, parallel auch weiter Gegenstand von Verhandlungen sein. Nur für den Fall, dass man sich nicht einigt, gibt es als Konfliktlösungsmechanismus die Möglichkeit zur Anrufung einer Schiedsperson, die dann nur den noch offenen streitigen Vertragsinhalt festsetzt. Wenn man sich nicht auf eine gemeinsame Schiedsperson einigen kann, würde das Bundesamt für Soziale Sicherung die Schiedsperson bestellen. Das heißt, Verhandlungen sind nach meinem Dafürhalten immer möglich.

Zu dem weiteren Punkt: Natürlich bleibt die Landesregierung auch weiterhin am Ball. Wir werden die AOK natürlich auch weiterhin begleiten und darauf drängen, dass die Krankenkassen das machen, was ihnen möglich ist. Ich muss in diesem Zusammenhang aber noch einmal darauf hinweisen, dass die Kostenträger nach der gesetzlichen Vorgabe gemeinsam und einheitlich Verträge schließen. Gleichwohl lautet der Appell nicht nur vonseiten der Landesregierung, sondern natürlich auch vonseiten der Bundesregierung - das Bundesministerium für Gesundheit hat ein entsprechendes Schreiben an den GKV-Spitzenverband geschickt -, dass die Verhandlungen zügig fortgeführt werden, um die Versorgung auch über den 30. Juni hinaus sicherzustellen.

Die Landesverbände in Niedersachsen stellen mit den vertraglichen Möglichkeiten, wie sie jetzt entworfen wurden, das Instrumentarium bereit, um über den 30. Juni hinaus die Versorgung an dieser Stelle sicherzustellen. Nach meiner Erinnerung wurde auch in den Informationsschreiben kurz vor Weihnachten 2023, im Januar 2024 und insbesondere in dem Schreiben vom 15. März 2024, in dem die Landesverbände noch einmal auf alle Leistungserbringer zugegangen sind, genau auf diese Möglichkeiten hingewiesen und das Prozedere erläutert. Nach meiner Erinnerung wurde auch auf die Möglichkeit eines Schiedsverfahrens hingewiesen. Ich denke, dass die Leistungserbringer über die Rahmenbedingungen des § 132 I SGB V hinreichend informiert worden sind. Sie wurden auch gebeten, Kontakt mit den jeweiligen Kassenverbänden aufzunehmen.

Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE): In dem Schreiben vom 15. März 2024 steht das, soweit ich weiß, nicht. Darin steht nur, dass die funktionierenden Versorgungsstrukturen erhalten bleiben und dass die Vergütung erst mal gesichert ist. Allerdings bewirkt ein solches Schreiben ja keine Rechtsverbindlichkeit. Ich glaube, das ist die Herausforderung für die Leistungserbringenden, nämlich dass sie keine Sicherheit haben. Das ist ein Schreiben, das keine Rechtssicherheit bietet.

Aus meiner Sicht ist es wichtig, dass jetzt eine Lösung gefunden wird und dass in alle Richtungen gut kommuniziert wird. Ich nehme wahr, dass Sie das aufgenommen haben und dass Sie das ohnehin selber im Blick haben. Das freut mich. Ich hoffe, dass schnellstmöglich eine gute Lösung für alle, vor allen Dingen für die Patientinnen und Patienten, gefunden wird.

RD **Metzler** (MS): Ich bin da ganz bei Ihnen und möchte noch einmal darauf hinweisen, dass mit den vorläufigen Vereinbarungen die vertraglichen Möglichkeiten gegeben sind, sich zu einigen. Im Übrigen habe ich auch darauf hingewiesen, dass die Kassen dann, wenn es bei einzelnen Leistungserbringern unzumutbare Härten gibt, gesprächsbereit sind, auch vor dem 30. Juni. Es liegt nun an den einzelnen Leistungserbringern, dieses Gesprächsangebot anzunehmen und dann die entsprechenden Härten zu kommunizieren und sachlich zu untermauern. Ich denke, dass von Kassenseite die Hand gereicht ist. Die gilt es nun auch von Leistungserbringerseite anzunehmen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die Unterrichtung.

Tagesordnungspunkt 2:

Terminangelegenheiten

hier: Parlamentarische Informationsreise nach Wien

RR'in **Kretschmer** (ROAR) gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Vorbereitungen für die Informationsreise des Ausschusses nach Wien vom 9. bis 14. September 2024.

Abg. **Jan Bauer** (CDU) regt an, sich beim Österreichischen Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auch über die Gesundheitsreform, die Krankenhauslandschaft sowie die Weiterentwicklung von Krankenhausstandorten auch im Hinblick auf Fachkliniken in Österreich informieren zu lassen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) schlägt als weiteres Thema die in Österreich geltende Ausbildungsgarantie für Jugendliche vor und kündigt gegebenenfalls noch weitere Themenvorschläge an.
