

**Rahmenvereinbarung
zur integrierten Versorgung
gemäß § 140 e SGB V**

zwischen

**AOK-Bundesverband, Bonn,
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen,
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach,
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,
Bundesknappschaft, Bochum,
See-Krankenkasse, Hamburg,
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Präambel

Mit Verträgen zur integrierten Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und interdisziplinäre Versorgung der Versicherten erreicht werden, die sektorale Schranken überwindet und bei Leistungsverlagerungen eine entsprechende Änderung der Finanzierungsströme sicherstellt. Im Vordergrund integrierter Versorgungsformen stehen Strukturverbesserungen sowie eine effektivere und effizientere Patientenversorgung. Es ist das Ziel dieser Rahmenvereinbarung, den Aufbau integrierter Versorgungsformen mit Krankenhäusern zu fördern und integrierte Versorgungsformen in einen sinnvollen Zusammenhang mit dem allgemeinen Versorgungssystem zu stellen. Die nachstehenden Regelungen dienen der Ausgestaltung und der Durchführung von Verträgen zur integrierten Versorgung, soweit sie Leistungen der stationären Versorgung einschließt. Dabei steht der den Partnern integrierter Versorgungsformen gesetzlich eingeräumte Gestaltungsspielraum im Vordergrund, um Innovationen mit dem Ziel einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zu ermöglichen. Diese Rahmenvereinbarung steht im Einklang mit der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140 d SGB V.

§ 1

Vertragspartner der integrierten Versorgung

Verträge zur integrierten Versorgung können abgeschlossen werden zwischen Krankenkassen oder den von ihnen bevollmächtigten Verbänden einerseits sowie Trägern zugelassener Krankenhäuser oder deren Gemeinschaften und den übrigen in § 140 b Abs. 2 SGB V genannten Leistungserbringern andererseits.

§ 2

Inhalte der integrierten Versorgung

- (1) Integrierte Versorgung im Sinne des § 140 a SGB V ist leistungssektorenübergreifende Versorgung im Verbund mehrerer Leistungserbringer. Ein Verbund mehrerer Leistungserbringer im Sinne dieser Vereinbarung kann auch bei Vertragspartnerschaft ausschließlich zwischen einer oder mehrerer Krankenkassen und einem Krankenhausträger vorliegen, sofern der Vertrag eine leistungssektorenübergreifende Versorgung vorsieht und die Voraussetzungen des § 140 b Abs. 3 erfüllt. Integrierte Versorgung umfasst sektorübergreifende Verknüpfungen von Leistungs- und Vergütungsinhalten, z.B. kombinierte Budgets. Eine qualitätsgesicherte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ist sicherzustellen. Die Versorgung der Versicherten hat dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts zu entsprechen. Integrierte Versorgungsformen dürfen nicht für Risikoselektion mißbraucht werden.
- (2) Im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ ist die Versorgung von Versicherten auf der jeweils richtigen Versorgungsstufe auch für die an der Integrationsversorgung teilnehmenden Versicherten anzustreben.
- (3) In die Verträge nach § 140 b SGB V sind Regelungen aufzunehmen, die eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer und eine Koordination der verschiedenen Versorgungsbereiche beinhalten. Die Verträge nach § 140 b SGB V haben Vorgaben hinsichtlich Form und Umfang der notwendigen Dokumentationen zu enthalten. Die Übernahme der Budgetverantwortung für die im Integrationssektor einbezogenen Leistungen muss auf der Grundlage eines umfassenden Finanzierungsplanes erfolgen.
- (4) Versorgungsaufträge für eine integrierte Versorgung können insbesondere umfassen:

1. Integrierte indikationsspezifische Versorgung (in Versorgungsketten), deren Kernfunktionen sich auf die Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheitsbildern konzentrieren.
 2. Nicht-indikationsspezifische, umfassende Versorgungsangebote.
- (5) Verfahren, die von den Bundesausschüssen nach § 91 SGB V und dem Ausschuss nach § 137 c Abs. 2 SGB V abgelehnt worden sind, dürfen im Rahmen der integrierten Versorgung nicht zur Anwendung kommen.
- (6) Soweit die Besonderheiten der integrierten Versorgung dieses erfordern, können die Verträge Abweichendes von den Vorschriften des 4. Kapitels SGB V, des KHG, der Bundespflege-satzverordnung sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen vorsehen. Die Vorschriften dieser Rahmenvereinbarung sind zu berücksichtigen.

§ 3

Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung

- (1) Die Regelungen und Vereinbarungen zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach dem SGB V gelten auch in der integrierten Versorgung.
- (2) Über die in Abs. 1 genannten Vorgaben zur Qualitätssicherung hinaus sollen weitere Qualitäts- bzw. Qualifikationsanforderungen, z.B. die Berücksichtigung medizinischer Leitlinien, die Teilnahme an Qualitätszirkeln sowie die Mitwirkung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung, vereinbart werden. Dazu zählen auch Regelungen zur sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Qualitätssicherung.

§ 4

Beitrittsmöglichkeit

- (1) Verträge über integrierte Versorgungsformen gemäß § 140 b SGB V dürfen keine Klauseln enthalten, wonach nicht beteiligte Krankenkassen bzw. die Landesverbände der Krankenkassen oder andere Kassenarten auf Dauer von der Teilnahme an diesen Vereinbarungen ausgeschlossen werden oder es Leistungserbringern untersagt wird, die gleiche Vereinbarung mit anderen Kassenarten abzuschließen.

- (2) Es soll ermöglicht werden, dass alle beitriftswilligen Krankenkassen oder ihre jeweils zuständigen Verbände mit Beginn des dritten Jahres einer Vereinbarung beitreten können. Die beitretenden Vertragspartner sind verpflichtet, sich an den Kosten der Entwicklung und Errichtung der integrierten Versorgung zu beteiligen.

§ 5

Versicherte in der integrierten Versorgung

- (1) Die Verträge über eine integrierte Versorgung haben vorzusehen, dass Versicherte, welche an einer solchen Versorgung teilnehmen wollen, gegenüber ihrer vertragsbeteiligten Krankenkasse und den übrigen Vertragspartnern Anspruch auf eine umfassende Information über das Versorgungsangebot und die Mitglieder des Versorgungsverbundes haben. Der Umfang, in welchem die teilnehmenden Leistungserbringer und die anderen Vertragspartner zu entsprechenden Informationen verpflichtet sind, ist im Vertrag zu regeln.
- (2) Unbeschadet der Gewährung von Anreizen für eine längerfristige Bindung an die gewählte integrierte Versorgung bleibt das Recht des Versicherten auf Inanspruchnahme von zugelassenen Krankenhäusern, die nicht Vertragspartner der Integrationsversorgung sind, erhalten.

§ 6

Krankenhäuser in der integrierten Versorgung

- (1) Ein Krankenhaus nimmt an der integrierten Versorgung teil, wenn es Vertragspartner gemäß § 140 b SGB V ist. Im Interesse der leistungs- und sektorenübergreifenden Versorgung sollen Krankenhäuser an integrierten Versorgungsformen beteiligt werden.
- (2) Ein an der integrierten Versorgung teilnehmendes Krankenhaus darf Patienten, die nicht an einer integrierten Versorgung teilnehmen, beim Zugang zur Krankenhausbehandlung nicht gegenüber den der Integrationsversorgung angehörenden Patienten benachteiligen.
- (3) Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses soll auch in der integrierten Versorgung beachtet werden.

§ 7

Organisatorische Voraussetzungen

Die Verträge nach § 140 b SGB V sollen Anforderungen an die Organisation und Kooperation der teilnehmenden Leistungserbringer festlegen, wenn dies für die Erfüllung des vereinbarten Versorgungsauftrages erforderlich ist. Entsprechende Voraussetzungen können insbesondere sein:

1. das Vorliegen einer Konzeption für eine sektorübergreifende Versorgung der teilnehmenden Versicherten
2. eine auf die Versorgungskonzeption abgestellte Organisations- und Finanzierungsplanung
3. eine Konzeption für ein wirksames Qualitätsmanagement

Krankenkassen offen zu legen. Sie haben in gleicher Weise über mit Dritten abgeschlossene Sponsorenverträge bzw. Zuwendungsgeber zu informieren.

- (4) Die Verträge nach § 140 b SGB V können vorsehen, dass die Einsparungen, die nachweislich durch die Tätigkeit der Leistungserbringer im Rahmen der integrierten Versorgung erzielt wurden, unter den Vertragspartnern aufgeteilt werden.

§ 9

Vergütung der integrierten Versorgung

- (1) Die Vertragspartner einer integrierten Versorgung sollen eine angemessene Vergütung der Leistungen unter Berücksichtigung der Finanzierungsmöglichkeiten festlegen. Gemäß § 140 c sind aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen der einbezogenen Leistungen in Anspruch genommen werden, zu vergüten, auch soweit sie von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern erbracht werden. Dies gilt nicht für Leistungen im Sinne des § 5 Abs. 2, sofern es sich um Leistungen handelt, die nicht Gegenstand des Versorgungsauftrags der integrierten Versorgung sind.
- (2) In den Verträgen nach § 140 b SGB V sind von den Vertragspartnern der integrierten Versorgung Annahmestellen für die Abrechnung festzulegen.
- (3) Die Vertragspartner der Verträge nach § 140 b SGB V haben festzulegen, dass die Haftung für Forderungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern sichergestellt ist.

§ 10

Budgetbereinigung

- (1) Werden in einer integrierten Versorgung stationäre Leistungen außerhalb des Krankenhausbudgets vergütet, ist das Krankenhausbudget des an der integrierten Versorgung teilnehmenden Krankenhauses gemäß § 6 BPfIV dem geänderten Leistungsumfang anzupassen, soweit das Krankenhaus diese Leistungen im Krankenhausbudget vergütet bekommen würde. Dabei ist sicherzustellen, dass die Kassen, die an einem Integrationsvertrag nicht beteiligt sind, nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden. Grundlage der Budgetbereinigung ist ein gemäß § 6 BPfIV (ohne Berücksichtigung von Abs. 1 Satz 2 Nr. 4) prospektiv verhandel-

tes Budget mit einem Mengengerüst, welches sich ergeben würde, wenn kein Integrationsvertrag abgeschlossen würde.

- (2) Das Krankenhaus und die Krankenkasse, die Vertragspartner einer integrierten Versorgungsform nach § 140 b SGB V sind, sollen prospektiv einen Bereinigungsbetrag auf der Grundlage der vereinbarten Belegungsdaten für den betreffenden Pflegesatzzeitraum vereinbaren. Ausgleichszahlungen und andere Einmalzahlungen, die ihre Ursachen in einem früheren Pflegesatzzeitraum haben, sind bei der Budgetbereinigung ebenfalls zu berücksichtigen.
- (3) Die Partner der integrierten Versorgung verständigen sich mit den zuständigen Pflegesatzparteien über den ermittelten Bereinigungsbetrag. Sie sollen dazu die für die Pflegesatzverhandlungen vorzulegenden Datengrundlagen für die an der integrierten Versorgung beteiligten Krankenkassen in aggregierter, für die Zwecke der Transparenz über die Ermittlung des Budgetbereinigungsbetrags geeigneter Form den Pflegesatzparteien gemäß § 18 KHG offenlegen. Der Budgetbereinigungsbetrag soll einmalig aus dem Krankenhausbudget ausgegliedert werden.
- (4) Die Vertragspartner nach § 140 b SGB V können einen Zeitpunkt vereinbaren, an dem der Budgetbereinigungsbetrag nach Abs. 2 anhand der entsprechenden Unterlagen einer Überprüfung unterzogen und gegebenenfalls angepasst wird. Dabei gilt Absatz 3 entsprechend.
- (5) Wird das Krankenhausbudget um den nach Absatz 2 ermittelten und vereinbarten Bereinigungsbetrag bereinigt, sollen die Pflegesatzparteien gleichzeitig vereinbaren, dass im Falle eines Ausscheidens des Krankenhauses aus der integrierten Versorgungsform das Krankenhausbudget um den Bereinigungsbetrag erhöht wird, sofern die entsprechenden Leistungen zukünftig wieder als Krankenhausleistung erbracht werden. Das Gleiche gilt bei Beendigung der integrierten Versorgungsform.
- (6) Kommt eine Einigung der Pflegesatzparteien zu den von den Vertragspartnern nach § 140 b SGB V vereinbarten Bereinigungsbetrag nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1 KHG auf Antrag einer der Vertragsparteien nach § 18 KHG.
- (7) Der Beginn der Leistungserbringung in einer integrierten Versorgungsform soll mit dem Pflegesatzzeitraum abgestimmt werden. Bei Kündigung innerhalb des Pflegesatzzeitraumes soll das Budget des laufenden Jahres nach Maßgabe der für die Pflegesatzverhandlung geltenden Bestimmungen neu vereinbart werden.

- (8) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V, § 6 Abs.1 BPfIV ist zu beachten.

§ 11

Regelungen für den Datenschutz

Die Vertragspartner der integrierten Versorgung verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht zu beachten.

§ 12

Kündigung, Inkrafttreten

- (1) Der Vertrag tritt zum 1. Januar 2002 in Kraft.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten erstmalig zum 31.12.2004 gekündigt werden. Nach diesem Zeitpunkt kann der Vertrag mit einer Frist von zwei Jahren gekündigt werden.
- (3) Im Falle einer Kündigung der Rahmenvereinbarung bleiben zu diesem Zeitpunkt geltende Verträge zur integrierten Versorgung unberührt.

|

Düsseldorf, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Hamburg, Kassel, Bochum, Siegburg

17. Dezember 2001

Deutsche Krankenhausgesellschaft

AOK-Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

Bundesverband der Innungskrankenkassen

See-Krankenkasse

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen

Bundesknappschaft

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
