

Rahmenvereinbarung der Krankenkassenverbände, KV Berlin, BKG und VPK

zur medizinischen Versorgung in den ehemaligen Krankenhäusern/Abteilungen für
chronisch Kranke und Krankenhäuser, die zum 01.07.1996 in vollstationäre Pflege-
einrichtungen umgewandelt wurden

1. Gegenstand der Rahmenvereinbarung

- (1) Die Unterzeichner dieser Rahmenvereinbarung bekunden hiermit ihre Absicht, das nachfolgend beschriebene Konzept zur medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu unterstützen und die Umsetzung aktiv zu begleiten.
- (2) Die einrichtungsbezogene Konkretisierung des Konzeptes soll auf der Vertragsebene zwischen den Krankenkassenverbänden und den Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung der KV Berlin und der BKG stattfinden.
- (3) Sofern die medizinische Grundversorgung in den Pflegeeinrichtungen teilweise oder ganz auch durch Vertragsärzte erfolgt, wird dieser Tatbestand noch im Näheren durch eine Vereinbarung zwischen den Krankenkassenverbänden und der KV Berlin geregelt.
- (4) Weiterhin gehen die Unterzeichner davon aus, dass bei einem Ausscheiden einer Pflegeeinrichtung aus dem Vertragsverhältnis der Tatbestand für eine Ermächtigung dieser Einrichtung nicht mehr gegeben ist.

2. Zielsetzung und Grundsätze

- 1 Mit dem Ziel, eine qualitätsgesicherte Versorgung der chronisch erkrankten, multimorbiden und psychisch erkrankten Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, werden zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit mit dieser Rahmenvereinbarung ambulante und stationäre Leistungsbereiche gemeinsam gestaltet und effizient verzahnt. Neben einer leistungsgerechten und humanen Versorgung der Patienten werden durch dieses Konzept auch Wirtschaftlichkeitsvorteile realisiert, indem Kosten u.a. für Krankenhausaufenthalte und Krankentransporte verringert werden und damit ein Beitrag zur Gesamtwirtschaftlichkeit der Versorgung geleistet werden soll.

- (2) Die ärztliche Behandlung (medizinische Grundversorgung) in den stationären Pflegeeinrichtungen (Anlage 1; ehemalige Krankenhäuser/Abteilungen für Chronischkranke; die am Projekt teilnehmenden Einrichtungen (40) sind gesondert kenntlich gemacht) erfolgt durch angestellte Ärzte oder durch niedergelassene Ärzte. Für Vertragsärzte, die die Grundversorgung wahrnehmen wurde eine gesonderte Vereinbarung zwischen Krankenkassenverbänden und der KV Berlin nach Ziffer 1, Absatz 3 abgeschlossen. Die medizinisch-therapeutische Versorgung erfolgt unter Beachtung des § 124 SGB V und insbesondere durch in der Pflegeeinrichtung angestellte Therapeuten. Die Pflegeeinrichtungen weisen auf Verlangen gegenüber den am Projekt teilnehmenden Krankenkassen die Erfüllung des § 124 Abs. 3 SGB V nach. Hierbei wird die Zulassung eines Therapeuten nach §124 Abs. 2 SGB V als Nachweis der Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen des § 124 Abs. 3 SGB V anerkannt.

Für die Vergütung der Leistungen wird eine fiktive Platzpauschale ermittelt, die die ärztliche und therapeutische Betreuung, die Versorgung mit medizinischem Bedarf und Arzneimitteln sowie die Krankenhausbehandlung und Fahrkosten umfasst. Diese fiktive Platzpauschale wird unter Berücksichtigung der Belegungstage als Soll-Größe pro Pflegeplatz und Jahr mit den tatsächlichen Kosten (Ist-Werte pro Pflegeplatz/Jahr) abgeglichen.

Der Einsatz von Heilmitteln sowie Artikeln des medizinischen Bedarfs laut Anlage 3 in Pflegeeinrichtungen, die dem Konzept beigetreten sind und entsprechende Pauschalen abrechnen, erfolgt auf schriftliche Anordnung des behandelnden Arztes. Eine gesonderte Abrechnung über die nach Punkt 4 jeweils gezahlte Pauschale hinaus ist unzulässig. Dies gilt nicht für Patienten in diesen Pflegeeinrichtungen, die Versicherte einer Krankenkasse sind, die dem Konzept nicht beigetreten ist.

Für die wirtschaftliche und leistungsgerechte Versorgung der Patienten werden ausgehend von vereinbarten fiktiven Pauschalen Rahmenbedingungen für ein Anreizsystem mit Risikopartnerschaft festgelegt.

Im Rahmen des Konzeptes werden Maßnahmen zum Kostencontrolling und zur Qualitätssicherung vereinbart.

Die Vertragspartner werden auftretende Auslegungsfragen oder noch zu regelnde Tatbestände sowie etwaige Konfliktfälle im Sinne des gemeinsamen Willens zur erfolgreichen Durchführung des Konzeptes im vertrauensvollen Zusammenwirken gemeinsam einer Regelung zuführen.

Die Teilnahme an diesem Konzept erfolgt für die Landesverbände von AOK und IKK sowie der KV Berlin durch die Unterzeichnung. Weitere Krankenkassen und Krankenkassenverbände können ebenfalls durch Beitritt teilnehmen.

- (9) Beigetretene Krankenkassen können ihren Austritt durch Kündigung erklären. ...

3. Institutsermächtigungen

Institutsermächtigungen wurden für eine Anzahl von Pflegeeinrichtungen vom Zulassungsausschuss für Ärzte - Zulassungsbezirk Berlin - am 11.02.2002 erteilt. Diese Einrichtungen sind in Anlage 2 aufgeführt.

4. Ermittlung der fiktiven Platzpauschale

Das Ausgangsbudget (kalkuliert auf der Basis von 7.500 Pflegeplätzen) bildet die Grundlage für die Ermittlung der fiktiven Platzpauschale. Folgende Leistungen werden der Ermittlung des Ausgangsbudgets zugrundegelegt:

– ärztliche Behandlung (med. Grundversorgung)	6.135.502,57 EUR/p.a.
– therapeutische Betreuung	2.965.492,91 EUR/p.a.
– medizinischer Bedarf (Artikelliste gem. Anlage)	5.112.918,81 EUR/p.a.
– Arzneimittelversorgung	7.669.378,22 EUR/p.a.
– Krankenhausbehandlung	9.407.770,61 EUR/p.a.
– Fahrkosten	306.775,13 EUR/p.a.

Für die Einführungsphase wird eine für alle teilnehmenden Pflegeeinrichtungen einheitliche fiktive Platzpauschale in Höhe von 4.212,53 EUR/p.a. festgelegt. Dieser Pauschale liegen folgende Ansätze zugrunde:

– ärztliche Behandlung (med. Grundversorgung)	818,07 EUR/p.a./Pflegeplatz
– therapeutische Betreuung	395,23 EUR/p.a./Pflegeplatz
– medizinischer Bedarf (Artikelliste gem. Anlage)	681,55 EUR/p.a./Pflegeplatz
– Arzneimittelversorgung	1.022,58 EUR/p.a./Pflegeplatz
– Krankenhausbehandlung	1.254,20 EUR/p.a./Pflegeplatz
– Fahrkosten	40,90 EUR/p.a./Pflegeplatz
– fiktive Platzpauschale	4.212,53 EUR/p.a./Pflegeplatz

- (3) Im Rahmen dieses Konzeptes ist eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Ansätze unter Berücksichtigung der spezifischen Versorgungsstrukturen der stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Soweit allgemeine Kostenentwicklungen den Ansatz der unter Absatz 2 ausgewiesenen fiktiven Platzpauschale nicht mehr rechtfertigen, ist hierüber ebenfalls erneut zu verhandeln.

5. Finanzierungsregelungen

- (1) Für die **ärztliche Behandlung (medizinische Grundversorgung)** ihrer Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zahlen die Krankenkassen einen Betrag in Höhe von 818,07 EUR/p.a./Pflegeplatz außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Weitere Einzelheiten zum Abrechnungsverfahren sind der Anlage 4 zu entnehmen.
- (2) Für die **medizinisch-therapeutische Versorgung** ihrer Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zahlen die Krankenkassen einen Betrag in Höhe von 395,23 EUR/p.a./Pflegeplatz. Weitere Einzelheiten zum Abrechnungsverfahren sind der Anlage 4 zu entnehmen.
- (3) Die Krankenkassen zahlen für die Versorgung ihrer Versicherten für die in der Anlage 3 ausgewiesenen Artikel des medizinischen Bedarfes (Artikelliste) einen Betrag entsprechend der Rechnungslegung und unter Berücksichtigung der anteiligen Patientenbelegung je beteiligter Krankenkasse. Weitere Einzelheiten zum Abrechnungsverfahren sind der Anlage 4 zu entnehmen.
- (4) Die Abrechnung von **Krankenhausbehandlung, Arzneimittelversorgung und Krankentransporte** erfolgt zwischen dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Kostenträger. Weitere Einzelheiten zum Abrechnungsverfahren können zwischen den Krankenkassenverbänden und den Pflegeeinrichtungen gesondert vereinbart werden.

6. Verfahren bei Überschreiten bzw. Unterschreiten der Pauschale

Sollte es im Rahmen des ermittelten einrichtungsbezogenen Budgets zu einer Unterschreitung kommen, wird diese wie folgt behandelt:

1. Sollte es im Rahmen des ermittelten einrichtungsbezogenen Budgets zu einer Unterschreitung bis zu 5 % kommen, wird dieser Betrag an die Pflegeeinrichtung nach Ablauf der Rechnungsperiode ausgeschüttet.
2. Sollte es im Rahmen des ermittelten einrichtungsbezogenen Budgets zu einer Unterschreitung von mehr als 5 % kommen, wird der Betrag, welcher sich aus 5 % ergibt, an die Pflegeeinrichtungen ausgeschüttet. Der darüber hinaus gehende Betrag wird unter den Beteiligten wie folgt aufgeteilt:

Kostenträger	75 %
Pflegeeinrichtung	25 %

Der auf den Kostenträger entfallende Betrag verbleibt bei den Krankenkassen. Der auf die Pflegeeinrichtung entfallende Betrag wird nach Ablauf der Rechnungsperiode an diese ausgeschüttet.

3. Sofern sich eine Unterschreitung des einrichtungsbezogenen Budgets längerfristig um mehr als 15 % abzeichnet, ist eine Anpassung der Pauschale über eine einvernehmliche Verhandlung herzustellen. Gleiches gilt bei nachhaltiger Veränderung der Patientenstruktur.

Sollte es im Rahmen des ermittelten einrichtungsbezogenen Budgets zu einer Unterdeckung kommen, wird dieser Umstand in einem Periodenzeitraum wie folgt behandelt:

1. Bei Überschreitung des auf der Basis der vereinbarten Pauschalen ermittelten einrichtungsbezogenen Budgets innerhalb einer Periode von 12 Monaten um bis zu 5 % hat dies keine Konsequenzen für die Pflegeeinrichtung; jedoch erhält die Pflegeeinrichtung aus dem Controlling Hinweise zur Kostenentwicklung.

2. Bei Überschreitung des auf der Basis der vereinbarten Pauschale ermittelten einrichtungsbezogenen Budgets innerhalb der Periode von 12 Monaten um mehr als 5 % wird der die 5 % überschreitende Betrag vorgetragen mit dem Ziel, durch geeignete Maßnahmen den Verlustvortrag in der nächsten Periode abzubauen. Die Pflegeeinrichtung informiert den Kostenträger über die beabsichtigten Maßnahmen. Das Controlling wird intensiviert.
 3. Hat sich nach einer weiteren Periode die Unterdeckung des auf der Basis der vereinbarten Pauschalen ermittelten Budgets mehr als verdoppelt und ist diese Entwicklung durch das Controlling nicht erklärbar, ist die Pflegeeinrichtung verpflichtet, sich einer Strukturprüfung zu unterziehen. Die sich aus der Strukturprüfung ergebenden Vorschläge und Ergebnisse werden mit dem Ziel zur Reduzierung der Unterdeckung beizutragen an die Pflegeeinrichtung übermittelt und angemessen berücksichtigt. Sollte im Rahmen der Untersuchung festgestellt werden, dass die ausgewiesenen Pauschalen aufgrund der besonderen Krankheitsbilder der zu versorgenden Patienten nicht angemessen sind, wird die Pauschale neu verhandelt.
 4. Sollte sich nach allen durchgeführten Maßnahmen kein nachhaltiger Erfolg einstellen und die Budgetüberschreitung sich mehr als verdreifachen, wird die Pflegeeinrichtung durch Kündigung aus dem Konzept herausgenommen.
 5. Wenn vorfristig erkennbar ist, dass eine Pflegeeinrichtung, selbst bei der Einleitung von Maßnahmen, auf Dauer nicht die Gewähr für einen Abbau von nicht erklärbaren Budgetüberschreitungen geben kann, kann die Pflegeeinrichtung durch Kündigung aus dem Konzept herausgenommen werden.
 6. Beigetretene Pflegeeinrichtungen können ihren Austritt durch Kündigung erklären.
- (3) Soweit in den Pflegeeinrichtungen Patienten mit notwendiger kostenintensiver medizinischer Versorgung betreut werden, sind diese im Rahmen des Verfahrens gesondert zu bewerten.

7. Kostencontrolling

- (1) Zur Sicherung der Konzeptumsetzung durch eine zeitnahe Dokumentation der anfallenden Ist-Kosten und zum Vergleich mit den für die jeweiligen Versorgungsbereiche nach Ziffer 4 festgelegten Anteile der Gesamtpauschale wird ein Kostencontrolling eingerichtet.
- (2) Die Vertragspartner richten ein gemeinsames Kostencontrolling ein, das vom Lenkungsausschuss nach Ziffer 9 gesteuert wird.
- (3) Für jede Pflegeeinrichtung wird ein Budgetkonto eingerichtet, in dem im Soll die fiktive Platzpauschale eingetragen wird (multipliziert mal Anzahl der Plätze = Gesamtbudget der Pflegeeinrichtung) und im Ist die tatsächlich anfallenden Kosten in den jeweiligen Versorgungsbereichen nach Ziffer 4 eingetragen werden.
- (4) Die Pflegeeinrichtungen erhalten pro Quartal eine Gegenüberstellung der Soll-/Ist-Kosten in den jeweiligen Leistungsbereichen sowie eine Prognose der Kostenentwicklung bezogen auf die Rechnungsperiode, um bei drohenden Budgetüberschreitungen in den jeweiligen Kostenbereichen Gegensteuerungsmaßnahmen einleiten zu können.
- (5) Jede Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die für die Dokumentation der Ist-Kosten notwendigen Daten zeitnah zur Verfügung zu stellen; dies betrifft insbesondere
 - Zahl der angestellten Ärzte/Vertragsärzte
 - Zahl der angestellten Therapeuten
 - medizinischen Bedarf
 - Arzneimittelverordnungen
 - Krankenhauseinweisungen
 - Krankentransporte

Die Kosten für diese Dokumentation sowie für weitere sich ergebende Maßnahmen sind von den Einrichtungen zu tragen.

- (6) Die Kostenanteile der Beteiligten zur Sicherstellung des gemeinsamen Controllings betragen:

Krankenkassen	80 %
Pflegeeinrichtungen	10 %
Kassenärztliche Vereinigung	10 %

Eine Abrechnung der Kostenanteile erfolgt quartalsweise.

8. Qualitätssicherung

Die Vertragspartner vereinbaren Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie zum Controlling dieser Maßnahmen mit dem Ziel, auf der Grundlage der praktischen Erfahrungen das neu gegliederte Versorgungsangebot hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit anzupassen. Nähere Einzelheiten werden gesondert vereinbart.

9. Lenkungsausschuss

- (1) Die Parteien der Rahmenvereinbarung haben einen Lenkungsausschuss eingerichtet, der sich aus je einem Vertreter der BKG, dem VPK, der KV Berlin sowie je einem Vertreter der vertragsschließenden/beigetretenen Landesverbände der Krankenkassen zusammensetzt.
- (2) Der Lenkungsausschuss hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - die Steuerung der Durchführung und der Weiterentwicklung des Gesamtkonzeptes;
 - die Festlegung der Inhalte und der Verfahren des Kostencontrolling, soweit noch nicht geregelt;
 - die Festlegung der Inhalte und der Verfahren zur Qualitätssicherung, soweit noch nicht geregelt;
 - die Bestellung der Sachverständigen bzw. die Einrichtung von internen Arbeitskreisen der Partner dieser Vereinbarung für Zwecke des Controlling und der Qualitätssicherung;
 - die Bestellung von Sachverständigen bzw. die Einrichtung von Arbeitskreisen für Zwecke der Begutachtung einzelner Einrichtungen im Falle von Budgetüberschreitungen.
- (3) Entscheidungen des Lenkungsausschusses werden mit Mehrheit seiner Mitglieder getroffen. Ergänzende Regelungen hierzu werden zwischen den vertragsschließenden Parteien gesondert vereinbart. Die Entscheidungen des Lenkungsausschusses sind für die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen und Vertragsärzte verbindlich.

10. Kündigung/Ausscheiden

- (1) Kündigungen auf der Grundlage der Ziffer 6 Absatz 2 Nr. 4 und 5 obliegen allein denjenigen Krankenkassen, die Versicherte zum Kündigungszeitpunkt in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen haben, über die sie vertretenden Landesverbände gemeinsam.
- (2) Kündigungen erfolgen mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende. Dies gilt auch für Kündigungen nach Ziffer 2 Absatz 8 und Ziffer 6 Absatz 2 Nr. 6.
- (3) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

11. Inkrafttreten/Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung gilt rückwirkend ab 01.01.2003. Sie löst die als Übergangsregelung fungierende „Gemeinsame Erklärung“ vom 10.01.2002 ab, die die Partner der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 zur medizinischen Versorgung in den ehemaligen Krankenhäusern/Abteilungen für chronisch Kranke und Krankenheimen, die zum 01.07.1996 in vollstationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden, abgegeben hatten. Die Vereinbarung gilt bis zum 31.03.2006. Bei Vorliegen besonderer Gründe kann sie mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Berlin, den 22. Mai 2003



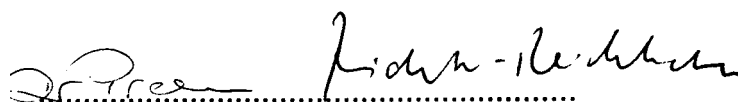
AOK Berlin – Die Gesundheitskasse

Der Vorstand



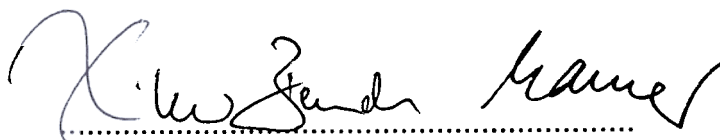
IKK Brandenburg und Berlin

Der Vorstand

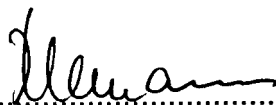


Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Der Vorstand



Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.



Verband der Privatkrankenanstalten

Berlin-Brandenburg e.V.

Der Geschäftsführer