

**Vereinbarung
einer Integrierten Versorgung gemäß §140a ff. SGB V**

zwischen

Orthopädiepraxis
(Adresse)

- nachfolgend Orthopädie

und

Therapiezentrum
(Adresse)

- nachfolgend Therapiezentrum

sowie

**Techniker Krankenkasse,
Brandsfelder Straße 140, 22305 Hamburg**

- nachfolgend TK

**Gmünder Ersatzkasse,
Gottlieb-Damler-Straße 19, 73529 Schwäbisch-Gmünd**

- nachfolgend GEK

**HZK – Krankenkasse für Bau- und Holzberufe,
Wandsbeker Zollstr. 92-98, 22041 Hamburg.**

- nachfolgend HZK

Preamblel

Im Rahmen einer Integrierten Versorgung soll die Behandlung von Patienten mit orthopädischen Krankheitsbildern, die ambulant (konservativ oder operativ) zu versorgen sind, verbessert werden. Hierzu sollen niedergelassene Orthopäden, Radiologen und Physiotherapeuten auf der Basis eines zwischen den Beteiligten abgestimmten und verbindlichen Behandlungsplans intensiver zusammenwirken als dies derzeit im Regelfall angenommen werden kann. Der Schwerpunkt liegt insofern in der Verbesserung der fach- und sektorbereitenden Prozessqualität sowie in der besonderen Berücksichtigung von Anforderungen an die Strukturqualität.

Um dies zu erreichen, schließen TK, GEK und HZK mit geeigneten Orthopäden und Therapiezentren Integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V und mit der KV Norddeinst und Bürgerberatungsbereich HZK Geschäftsbereich KV Norddeinst (nachfolgend KV Consult) eine Rahmenvereinbarung, in der die organisatorische Umsetzung der geschlossenen Integrierten Versorgungsverträge geregelt wird.

**§ 1
Ziele einer Integrierten orthopädischen Versorgung**

Die Integrierte orthopädische Versorgung hat zum Ziel:

- Die Behandlungs- und Betreuungqualität durch das definierte Zusammenwirken von niedergelassenen Orthopäden mit einem Therapiezentrum, das Physiotherapie, Elektrotherapie, Krankengymnastik, Massagen und Lymphdrainage anbietet, einem Radiologen, einem ambulanten Rehabilitationseinrichtung und ggf. weiteren Leistungserbringern zu verbessern.
- Behandlungsbrüche zu vermeiden. Das soll erreicht werden durch:
 - eine strukturierte Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer,
 - die Koordination der Behandlung durch den Orthopäden,
 - die räumliche Nähe der Praxis und der Therapieeinrichtung.
- Die Wartezeit der Patienten auf Termine in der orthopädischen Praxis sowie bei weiteren in die Behandlung einbezogenen Leistungserbringern auf maximal fünf Arbeitstage zu verkürzen, wobei Behandlungen im Therapiezentrum innerhalb der nächsten drei Arbeitstage stattfinden sollen. Die Wartezeiten der Patienten bei vereinbarten Terminen wird im Regelfall unter 30 Minuten gehalten.
- Kosteneinsparungen durch gezieltere und schnellere Leistungserbringung zu realisieren.
- Die Qualität der Behandlung durch eine standardisierte Dokumentation und geeignete weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen darzulegen.

**§ 2
Versorgungsauftrag und Aufgabeverteilung**

Die Integrierte orthopädische Versorgung wird von zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches V zugelasene Leistungserbringer im Gebiet der Versorgungsregion Norddeinst durchgeführt. Das Leistungsspektrum umfasst somit alle zugelassenen ambulanten konservativen orthopädischen Leistungen.

Der an der Integrierten Versorgung teilnehmende Orthopäde behandelt die Patienten im Rahmen seines fachärztlichen Auftrages und erhält zusätzlich zu seinem fachärztlichen einen spezifischen Versorgungsauftrag. Dieser umfasst die Planung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie die Koordination der Erbringung dieser Leistungen (Näheres siehe § 3 dieses Vertrags). Insbesondere handelt es sich hierbei um Leistungen, die von teilnehmenden Orthopäden veranlasst werden und z.B. von einem niedergelassenen Radiologen, Krankengymnasten, Physiotherapeuten oder einer ambulanten rehabilitativen Einrichtung erbracht werden. Darüber hinaus sind auf Wunsch des Patienten oder bei Überweisungen - die Hausärzte in die Behandlung einzubeziehen und insbesondere über die geplanten Behandlungsschritte zu informieren.

Die an der Integrierten Versorgung teilnehmende Therapiezentrum führt die von Orthopäden veranlassten Leistungen aus (siehe Rahmenvereinbarung § 5) und dokumentiert den Therapieablauf. Es informiert den Orthopäden über den Behandlungsverlauf, um bei Bedarf eine schnelle Modifikation der Behandlungsplanung zu ermöglichen.

Um eine flächendeckende und schnelle Abwicklung der von TK, GEK und HZK abgeschlossenen Integrierten Versorgungsverträge zu ermöglichen, werden die Rahmenvereinbarung nach § 140a SGB V zur Umsetzung einer Integrierten Versorgung im Bereich Orthopädie“ mit der KV Consult geschlossen, in der die administrative und organisatorische Umsetzung der Integrierten Versorgungsverträge geregelt ist und die von den Vertragspartnern der Integrierten Versorgung anerkannt wird.

**§ 3
Inhalte der Integrierten Versorgung**

Die Rahmenvereinbarung regelt die Leistungen der Integrierten Versorgung (Rahmenvereinbarung § 3) und die Teilnahmevoraussetzungen für die Leistungserbringer (Rahmenvereinbarung § 5). Der Orthopäde und das Therapiezentrum erkennen die dort festgelegten Regelungen an und garantieren die definierten Anforderungen. Die KV Consult überprüft, ob die geforderten Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

Versicherte von TK, GEK und HZK können gemäß § 4 der Rahmenvereinbarung an der Integrierten Versorgung teilnehmen.

Der Orthopäde und das Therapiezentrum verpflichten sich entsprechend der Rahmenvereinbarung, eine Dokumentation zu führen (Rahmenvereinbarung § 7) und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzuhalten (Rahmenvereinbarung § 8). Dies gilt auch für die gemäß §§ 8 und 11 der Rahmenvereinbarung nach § 140a SGB V zur Umsetzung einer Integrierten Versorgung im Bereich Orthopädie“ getroffenen Vereinbarungen.

Hinsichtlich der Vergütung und Finanzierung des Integrierten Versorgungsvertrages gelten die Regelungen der §§ 9 und 10 der Rahmenvereinbarung. Der Orthopäde verpflichtet sich, die spezifischen Leistungen aus dem Integrierten Versorgungsvertrag über die KV Consult abzurechnen.

**§ 4
Öffentlichkeitsarbeit**

Die Integrierte Versorgung wird der Öffentlichkeit über eine aktive Medienarbeit vorgestellt. Außerdem erhalten die teilnehmenden Leistungserbringer Informationsmaterialien (z.B. Flyer) zur Information der Patienten in der Praxis.

**§ 5
Teilnahme von Krankenkassen**

Eine weitere Krankenkasse ist nur dann berechtigt, gleichlautende Integrierte Versorgungsverträge mit den teilnehmenden Leistungserbringern zu vereinbaren, wenn sie die Rahmenvereinbarung nach § 140a SGB V zur Umsetzung einer Integrierten Versorgung im Bereich Orthopädie“ zwischen der KV Consult und der TK befreit.

**§ 6
Beginn, Laufzeit, Kündigung**

Der Integrierte Versorgungsvertrag tritt zum 1.7.2004 in Kraft.

Der Vertrag gilt zunächst bis zum 31.12.2005. Er verlängert sich jeweils um ein halbes Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von einem Quartal vor Auslaufen von einem der Vertragspartner schriftlich gekündigt wurde.

Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

Die Kündigung einzelner Krankenkassen berührt das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.

Die teilnehmenden Leistungserbringer erhalten die Möglichkeit zur vorzeitigen Kündigung bei einer Änderung aufgrund von Vertragsanpassungen gemäß § 8 Abs. 2 und 3 sowie § 11 der Rahmenvereinbarung.

Verstößt der Orthopäde oder das Therapiezentrum gegen die in der Rahmenvereinbarung genannten Pflichten, treffen TK, GEK und HZK angemessene Maßnahmen, um die Ziele der Integrierten Versorgung doch noch zu erreichen. Bei wiederholtem Verstoß ist nach mindestens schriftlicher Aufforderung unter Nennung der Verfehlungsgründe und einer Fristwahrung zwischen den Aufforderungschriften von mindestens drei Wochen die fristlose Kündigung des Integrationsvertrages seitens TK, GEK und HZK möglich.

Die Vereinbarung endet unmittelbar im Falle einer Weisung des BVA. Die Beendigung der Vereinbarung durch aufsichtsrrechtliche Weisung oder gesetzliche Änderung erfolgt unter Ausschluss sämtlicher Ansprüche gegen TK, GEK und HZK.

**§ 7
Verswiegenheitsklausel**

Die Vertragspartner verpflichten sich, die Inhalte dieses Vertrages und der Rahmenvereinbarung vertraulich zu behandeln.

**§ 8
Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieses Integrierten Versorgungsvertrages ganz oder teilweise ungültig sein, so vereinbaren die Vertragspartner bereits jetzt diese durch gültige zu ersetzen, die dem Ziel der ganz oder teilweise ungültigen Bestimmung möglichst nahe kommen. Änderungen der Gesetzes- oder Vertragslage (z.B. auch im EBM), die Bestandteile dieses Vertrages betreffen, werden berücksichtigt.

xxx, den

Adresse Orthopädiepraxis

Rahmenvereinbarung
nach § 140a SGB V
zur Umsetzung einer Integrierten Versorgung im Bereich Orthopädie

Preamblel

Im Rahmen einer Integrierten Versorgung soll die Behandlung von Patienten mit orthopädischen Krankheitsbildern, die ambulant (konservativ oder operativ) zu versorgen sind, verbessert werden. Hierzu sollen niedergelassene Orthopäden, Radiologen und Physiotherapeuten auf der Basis eines zwischen den Beteiligten abgestimmten und verbindlichen Behandlungsplans intensiver zusammenwirken als dies derzeit im Regelfall angenommen werden kann. Der Schwerpunkt liegt insofern in der Verbesserung der fach- und sektorbereitenden Prozessqualität sowie in der besonderen Berücksichtigung von Anforderungen an die Strukturqualität.

**§ 1
Ziele einer integrierten orthopädischen Versorgung**

Die integrierte orthopädische Versorgung hat zum Ziel:

- Die Behandlungs- und Betreuungqualität durch die Auswahl der Vertragsteilnehmer und das definierte Zusammenwirken von niedergelassenen Orthopäden mit einem Therapiezentrum, das Physiotherapie, Elektrotherapie, Krankengymnastik, Massagen und Lymphdrainage anbietet, Radiologen, ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und ggf. weiteren Leistungserbringern zu verbessern.
- Behandlungsbrüche zu vermeiden. Das soll erreicht werden durch:
 - eine strukturierte Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer,
 - die Koordination der Behandlung durch den Orthopäden,
 - die räumliche Nähe der Praxen und Therapieeinrichtungen.
- Die Wartezeit der Patienten auf Termine in der orthopädischen Praxis sowie bei weiteren in die Behandlung einbezogenen Leistungserbringern auf maximal fünf Arbeitstage zu verkürzen, wobei Behandlungen im Therapiezentrum innerhalb der nächsten drei Arbeitstage stattfinden sollen. Die Wartezeiten der Patienten bei vereinbarten Terminen wird im Regelfall unter 30 Minuten gehalten.
- Kosteneinsparungen durch gezieltere und schnellere Leistungserbringung zu realisieren.
- Die Qualität der Behandlung durch eine standardisierte Dokumentation und geeignete weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen darzulegen.

**§ 2
Versorgungsauftrag und Aufgabeverteilung**

Die Integrierte orthopädische Versorgung wird von zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel des Sozialgesetzbuches V zugelasene Leistungserbringer im Gebiet der Versorgungsregion Norddeinst durchgeführt. Das Leistungsspektrum umfasst somit alle zugelassenen ambulanten konservativen orthopädischen Leistungen.

Die an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Orthopäden behandeln die Patienten im Rahmen ihres fachärztlichen Auftrages und erhalten zusätzlich zu ihrem fachärztlichen einen spezifischen Versorgungsauftrag. Dieser umfasst die Planung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie die Koordination der Erbringung dieser Leistungen (Näheres siehe § 3 dieses Vertrags). Insbesondere handelt es sich hierbei um Leistungen, die von den teilnehmenden Orthopäden veranlasst werden und z.B. von niedergelassenen Radiologen, Krankengymnasten, Physiotherapeuten oder ambulanten rehabilitativen Einrichtungen erbracht werden. Darüber hinaus sind – auf Wunsch des Patienten oder bei Überweisungen - die Hausärzte in die Behandlung einzubeziehen, insbesondere über die geplanten Behandlungsschritte zu informieren.

Um eine flächendeckende und schnelle Abwicklung der von der TK abgeschlossenen Integrierten Versorgungsverträge zu ermöglichen, übernimmt die KV Consult folgende Aufgaben:

- die Organisation und Abwicklung der Teilnahme von Leistungserbringern gemäß § 5 dieser Rahmenvereinbarung (insbesondere die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen, Durchführung von Ausschussverfahren etc.)
- die Abrechnung der Leistungen zwischen den Praxen und der TK,
- die Organisation und Vorbereitung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (d.h. insbesondere der Qualitätszirkelsitzungen)
- die Mitarbeit bei der Überwachung der Einhaltung der Regelungen dieser Rahmenvereinbarung sowie ggf. bei der Ergriffung geeigneter Maßnahmen, die die Zielerreichung möglich erscheinen lassen.

**§ 3
Leistungen der Integrierten Versorgung**

Im Rahmen der orthopädischen Versorgung werden alle zugelassenen ambulanten konservativen orthopädischen Leistungen von den teilnehmenden Orthopäden und Therapiezentren selbst bzw. in Kooperation mit anderen ambulanten tätigen Einrichtungen erbracht.

Darüber hinaus haben die teilnehmenden Orthopäden einen besonderen Versorgungsauftrag, nämlich die Planung und Koordination der Leistungserbringung für den Bereich der veranlassten Leistungen. Insbesondere betrifft dies Leistungen, die von niedergelassenen Radiologen, Krankengymnasten, Physiotherapeuten oder ambulanten rehabilitativen Einrichtungen erbracht werden. Zur Erfüllung dieses besonderen Versorgungsauftrages haben die an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Orthopäden einen Behandlungsplan zu erstellen, mit dem Partner abzustimmen und ggf. laufend zu ergänzen sowie eine aussagekräftige Patientendokumentation anzulegen bzw. zu führen. Weiterhin gehört zu den Aufgaben, für eine ungefähre Termingabe bei den weiteren in die Behandlung einbezogenen Leistungserbringern zu sorgen, die vorliegenden Unterlagen/Befunde dem Weiterbehandelnden verzögerungsfrei zukommen zu lassen und detaillierte Überweisungs-/Zielanfrage an diese zu erteilen.

Die weiterbehandelnden Leistungserbringer sind ihrerseits zur Erfüllung des Versorgungsauftrages und der Zielerreichung verpflichtet. Abweichungen davon sind mit dem überweisenden Orthopäden abzustimmen. Sie haben darüber hinaus die bereitgestellten Unterlagen zu sichten und auszuwerten. Nur im begründeten und zu dokumentierenden Ausnahmefall sollen gleichartige Untersuchungen erneut durchgeführt werden. Weiterhin haben sie die Veranlasser über die durchgeführten Maßnahmen zügig und umfassend zu informieren.

Um sicherzustellen, dass der besondere Versorgungsauftrag auch erfüllt werden kann, haben die teilnehmenden Orthopäden entsprechende Nachweise über die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern zu führen (siehe hierzu § 5 Nummer 3 d) bis f)).

Zur geregelten Umsetzung der Integrierten Versorgung sollen die teilnehmenden orthopädischen Praxen jeweils standardisierte Behandlungsabläufe entwickeln, die - insbesondere bei komplizierteren Therapien - die Patienten und das Personal in die Lage versetzen, den Vertrag geregelt, insbesondere zu folgenden Punkten:

- Die Organisation und Vorbereitung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (d.h. insbesondere der Qualitätszirkelsitzungen)
- Die Durchführung von ambulanten Operationen oder Nachweis der Zusammenarbeit mit mindestens einem geeigneten ambulanten Operateur (entsprechend Anlage 2); die Qualitätsanforderungen nach § 115 b, SGB V sind zu erfüllen. Die Ziele gemäß §1 Abs. 3 sind hierbei zu berücksichtigen.
- Nachweis der Zusammenarbeit mit mindestens einem geeigneten Radiologen (entsprechend Anlage 3). Die Ziele gemäß §1 Abs. 3 sind hierbei zu berücksichtigen.
- Verpflichtung zur Erfüllung der in der Preamblel und in den §§ 1-3 aufgeführten Ziele und in der gemeinsamen und besonderen Versorgungsabläufe
- Verpflichtung der Praxis zur Teilnahme an den qualitätssichernden Maßnahmen sowie an der gemeinsamen Dokumentation gemäß § 7.

4. Voraussetzung für die Teilnahme von Therapiezentren an dieser Integrierten Versorgung ist:

- Bereitstellung mindestens folgenden Leistungsangebotes: Physiotherapie, Elektrotherapie, Krankengymnastik, Massage und Lymphdrainage.
- Verfügbare Orthopäde mit einem niedergelassenen Orthopäden, der die Voraussetzungen gemäß Abs. 3 erfüllt.
- Verpflichtung zur Erfüllung der in der Preamblel und in den §§ 1-3 aufgeführten Ziele und der allgemeinen und besonderen Versorgungsaufträge einschließlich der unter § 3 genannten Einzelmaßnahmen.

5. Die KV Consult überprüft, ob die geforderten Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

6. Patienten der TK bekommen innerhalb von maximal 5 Arbeitstagen einen Termin in der orthopädischen Praxis und bei Bedarf bei weiteren in die Behandlung einbezogenen Leistungserbringern. Außerdem wird den Patienten bei vereinbarten Terminen im Regelfall eine Wartezeit unter 30 Minuten zugesagt.

**§ 4
Teilnahme von Versicherten**

Jeder Versicherte der TK kann an dieser Integrierten Versorgung teilnehmen. Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung erfolgt freiwillig und ist vom Versicherten bei der Behandlung in der Arztpraxis in schriftlicher Form und gemeinsam mit der Datenfreigabeerklärung (entsprechend Anlage 1) erklärt. Diese Erklärung kann bei Bedarf von der TK abgefordert werden. Die Teilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Kündigungsfrist widerrufen werden. Die Kündigung ist in der Arztpraxis zu dokumentieren.

Erklärt sich ein Versicherte mit den Regelungen dieses Vertrages nicht einverstanden bzw. widerruft ein Versicherte seine Teilnahmeerklärung, so entfällt für den Orthopäden die Pflicht zur Erfüllung des besonderen Versorgungsauftrages. In diesem Fall entfällt auch die Möglichkeit, die besonderen Honorare für den Behandlungsplan abzurechnen sowie den Differenzpunktwert gemäß § 9 auszurechnen zu bekommen.

Die Versicherten der TK werden über die Inhalte der durch diesen Vertrag geregelten Integrierten Versorgung, das Leistungsangebot und die Qualitätsstandards, unter denen die Leistungen erbracht werden, informiert. Die Information erfolgt durch die TK sowie die teilnehmenden Orthopäden.

**§ 5
Teilnahme und Ausschuss von Leistungserbringern**

Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung durch Orthopäden und Therapiezentren beginnt mit dem Abschluss eines entsprechenden individuellen Vertrages zur Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V mit der TK.

An der Integrierten Versorgung können nur solche Orthopäden und Therapiezentren teilnehmen, die die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen:

- Die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung.
- Eine mittlere Fallzahl der Praxis pro Quartal (in den Quartalen 1/03 bis 1/04) von mehr als 200 TK-Versicherten oder ein mittlerer Anteil von mindestens 15% TK-Patienten an allen GKV-Patienten der Praxis bei einer mittleren Fallzahl von mindestens 150 TK-Versicherten (in den Quartalen 1/03 bis 1/04) bis der Betrieb eines mit der TK in vertraglicher Beziehung stehenden Medizinischen Versorgungszentrums ungeachtet der zuvor genannten quantitativen Anforderungen.
- Der Nachweis von mindestens 50 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Norddeinst pro Jahr erstmalig im zweiten Halbjahr 2005.
- Betrieb eines ambulanten Therapiezenters mit dem in Abs. 4 genannten Leistungsangebot oder vertragliche Vereinbarung mit einem Therapiezentrum, wodurch die Teilnahme an allen Qualitätszirkel-Sitzungen mit dem in § 1 genannten Ziel erreicht werden können.
- Die Einhaltung der in der Preamblel und im § 3 genannten Ziele erreicht werden müssen. Die definierten Abläufe werden dokumentiert und in den Qualitätszirkeln anschließend auf Praktikabilität überprüft (siehe hierzu auch § 8 Qualitätssicherung).
- Die KV Consult stellt die Anwendung der Integrierten Versorgungsregeln gemäß § 34 des Arzt-Erzst-Kassenvertrages sicher.

4. Zur Überprüfung der Patientenzufriedenheit werden die Partner der Rahmenvereinbarung gemeinsam mit den Partnern der Integrierten Versorgung Patientenbefragungen durchführen.

**§ 9
Vergütung und Abrechnung**

1. Der TK vergütet die Leistungen im Rahmen des besonderen Versorgungsauftrages, in dem sie pro eingereichtem Behandlungsplan ein zusätzliches Honorar in Höhe von 5,- Euro ausbezahlt auf alle abgerechneten und von der KV Norddeinst anerkannten orthopädischen Leistungen der Vertragsteilnehmer einen Zuschlag auf den Punktwert in Höhe von 0,01 EURO gewährt. Die Gebühr für den Behandlungsplan ist nur einmal pro Behandlungsfall und Quartal abrechenbar.

2. Die Abwicklung der Abrechnung dieser Leistungen übernimmt die KV Consult. Der zusätzliche Betrag, den die Teilnehmer an der Integrierten Versorgung erhalten, wird entweder in der kassenärztlichen Abrechnung gesondert aufgeführt oder über eine separate Abrechnung ausgewiesen.

3. Bestandteile der Integrierten Versorgungsverträge ist eine Regelung, nach der die KV Consult zur Vergütung ihrer Aufgaben von den teilnehmenden Ärzten eine Gebühr in Höhe von 0,5 Euro pro eingereichtem Behandlungsplan erhebt und vom Auszahlungsbetrag einbehalten.

4. Die veranlassten Leistungen werden nicht gesondert vergütet. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt im üblichen Verfahren. Insbesondere werden ambulante Operationen mit den EBM-Zuschlagsregeln § 31 nicht gesondert vergütet.

5. Die KV Consult stellt die Anwendung der Integrierten Versorgungsregeln gemäß § 34 des Arzt-Erzst-Kassenvertrages sicher.

**§ 10
Finanzierung**

1. Die Finanzierung der zusätzlichen Vergütungen gemäß § 9 erfolgt aus den Mitteln der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung gemäß § 140d, SGB V.

2. Die veranlassten Leistungen stellen Leistungsausgaben dar und werden aus den Beitragseinnahmen der TK bestritten.

3. Im Fall einer teilweisen Leistungsausweitung der Integrierten orthopädischen Versorgung, z.B. mit Krankenhäusern und stationären Reha-Einrichtungen, mit denen die TK Komplexpauschalen vereinbart hat, werden auch diese Leistungen aus den Mitteln der Anschubfinanzierung finanziert.

**§ 11
Weiterentwicklung und Beirat**

Zur ständigen Überprüfung, Bewertung und Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung richtet die TK einen Beirat ein, in dem ausgewählte Vertreter der Leistungserbringer, die an der Integrierten Versorgung teilnehmen, und die KV Consult vertreten sind. Insbesondere sollen Fragen, die im Zusammenhang mit der Durchführung oder der Auslegung dieses Vertrages auftreten, besprochen und gelöst werden.

Weiterhin werden Möglichkeiten der Erweiterung der Integrierten Versorgung geprüft. Vorgehen ist die Integration von Steuerungsmöglichkeiten im Bereich Hilfsmittel, Arzneimittel und Krankenhaus / stationäre Reha (Einbindung von Häusern, mit denen die TK Komplexpauschalen vereinbart hat), um neben der Qualitätsverbesserung Einsparpotenziale zu erschließen. Eine Umsetzung soll bis zum ersten Quartal 2005 erreicht werden. Ziel ist es, nach Ablauf der Anschubfinanzierung eine kostenneutrale Weiterführung der Integrationsversorgung zu erreichen. Außerdem werden Ansätze einer stärkeren Verzahnung mit dem zusätzlich bei Bedarf analysiert und ggf. umgesetzt.

Der Beirat tagt regelmäßig einmal im Quartal sowie hinsichtlich der Beirat. Die Planung und Umsetzung der Weiterentwicklung wird in regelmäßigen Sitzungen einer einrichtenden Arbeitsgruppe vorbereitet.

**§ 12
Öffentlichkeitsarbeit**

Die Vertragspartner stimmen die Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit über diese Integrierte Versorgung untereinander ab.

**§ 13
Beginn, Laufzeit, Kündigung**

Die Rahmenvereinbarung tritt zum 1.7.2004 in Kraft.

Die Vereinbarung gilt zunächst bis zum 31.12.2005. Er verlängert sich jeweils um ein halbes Jahr, wenn er nicht mit einer Frist von einem Quartal vor Auslaufen von einem der Vertragspartner schriftlich gekündigt wurde.

Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

Die Vereinbarung wird durch gesetzliche Änderungen der Vertragslage (z.B. auch im EBM), die Bestandteile dieses Vertrages betreffen, werden berücksichtigt. Dies gilt insbesondere auch für den Fall, dass der gesetzlich vorgesehene potentielle Kreis der Vertragspartner für integrierte Versorgungsverträge modifiziert wird.

**§ 14
Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise ungültig sein, so vereinbaren die Vertragspartner bereits jetzt, diese durch gültige zu ersetzen, die dem Ziel der ganz oder teilweise ungültigen Bestimmung möglichst nahe kommen. Änderungen der Gesetzes- oder Vertragslage (z.B. auch im EBM), die Bestandteile dieses Vertrages betreffen, werden berücksichtigt. Dies gilt insbesondere auch für den Fall, dass der gesetzlich vorgesehene potentielle Kreis der Vertragspartner für integrierte Versorgungsverträge modifiziert wird.

TK-Vertrag zu Integrierten Versorgung: Fluch oder Segen?

Im Extremfall wird eine am Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV-Vertrag) teilnehmende orthopädische Praxis unter dem Strich folgendes nachteilhafte Ergebnisse erzielen:

- Mehreinnahmen unter 1.000 Euro und Mehrausgaben von einigen zig-tausend Euro (längere Sprechzeiten dürften den Hauptanteil zu den Mehrkosten beitragen) werden in den Praxen zu Verlusten führen.
- Ein gestörtes Verhältnis zu den radiologischen Praxen in der Umgebung.

Die Teilnahme an einem solchen Vertrag würde ich mir vorab sehr überlegen. In Kenntnis der schriftlichen Stellungnahme der KV No auf die Anfrage der Freien Orthopäden darf ich Mehreinnahmen gegenüber ihrem sonstigen Leistungsspektrum, so wäre dies ein Verstoß gegen §12 SGB V. Der Arzt hat Leistungen gemäß den WANZ-Kriterien zu erbringen, nicht mehr und auch nicht weniger. Erbringt ein Arzt für eine Teilgruppe mehr Leistungen, so verstoß er entweder bei dieser Teilgruppe gegen WANZ, weil er über WANZ hinaus handelt. Behandelt er diese Gruppe nach WANZ, so würden alle anderen Patienten schlechter als WANZ behandelt.

Einige Argumente muss er alle auf den Patienten auf dem gleichen Niveau wie die TK-Patienten versorgen. Komfortleistungen für alle Patienten, aber nur ein Bruchteil des Komforts wird zusätzlich vergütet.

3. Impliziert werden beispielsweise Radiologen zu höherwertigen Leistungen verpflichtet, ohne dafür ein zusätzliches Honorar zu erhalten.

4. Die KV Consult, eine 100%-Tochter der KV Norddeinst, hat einen Vertrag für KV-Orthopäden geschlossen, der einen Teil der Orthopäden, obwohl ebenfalls alle KV-Mitglieder, bewusst ausgrenzt.

5. Die KV Consult muss für die Abrechnung der IV-Leistungen in großem Umfang auf Abrechnungsdaten der KV Norddeinst zurückgreifen. Zudem werden auch Abrechnungsdaten von Orthopäden, die nicht an dem Vertrag partizipieren, an die TK weitergegeben.

Bewertung

Der implizite Ausschuss von Praxen mit weniger als 200 (bzw. 150) TK-Patienten pro Quartal stellt für die betroffenen Praxen eine diskriminierende Maßnahme dar.

Die teilnehmenden Praxen müssen Dritte (z.B. Radiologen) zu Mehrleistungen ohne Honorar verpflichten, um selbst finanzielle Vorteile zu erlangen. Dies ist weder die feine Art, noch entspricht es uneingeschränkt dem deutschen Rechtsverständnis. Kommt eine Kooperation mit einem Radiologen nicht zustande, kommt der gesamte IV-Vertrag für die orthopädische Praxis nicht zustande.

Die KV Consult, obwohl aus der Verwaltungskomitee aller KV-Mitglieder finanziert, hat einen Teil der Orthopäden, obwohl ebenfalls KV-Mitglieder, bei diesem Vertrag ausgeschlossen.

Die KV Consult muss bzw. verpflichtet auf praxisindividuelle Abrechnungsdaten und somit Interna der TK zurückgreifen. Vertraglich hat sich die KV Consult sogar verpflichtet, auch die Daten der übrigen Orthopäden der TK zur Verfügung zu stellen.

Für die teilnehmenden Orthopäden ergeben sich Mehrerlöse – aber auch ein erheblicher Mehraufwand für die Praxen. Alle Patienten kommen in den teilnehmenden Praxen in den Vorzug der Komfortbehandlung, auch wenn für sie kein IV-Vertrag geschlossen wurde.

Alle anderen KV-Mitglieder werden die zusätzlichen finanziellen Mittel für die TK-Orthopäden in Form von geringeren Punktwerten zu zahlen haben.

Die Kassen zahlen nicht einen einzigen Cent mehr, haben aber trotzdem ein höheres Qualitätsniveau eingekauft und den KV-Mitgliedern zusätzliche Verwaltungsanteile aufgebürdet.

Im weiteren eine Zusammenfassung bzw. -stellung der Vertragsinhalte der Rahmenvereinbarung zwischen der KV Norddeinst Consult und der TK.

A – Teilnahmevoraussetzungen

- Pro Praxis und Quartal mehr als 200 TK-Versicherten oder mehr als 15% TK-Patienten an allen GKV-Patienten der Praxis bei einer mittleren Fallzahl von mindestens 150 TK-Versicherten (in den Quartalen 1/03 bis 1/04) oder ein mit der TK in vertraglicher Beziehung stehenden Medizinischen Versorgungszentrums ungeachtet der zuvor genannten quantitativen Anforderungen.
- Der Nachweis von mindestens 50 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Norddeinst pro Jahr erstmalig im zweiten Halbjahr 2005.
- Betrieb eines ambulanten Therapiezenters oder vertragliche Vereinbarung mit einem Therapiezentrum.
- Nachweis der Zusammenarbeit mit mindestens einem geeigneten Radiologen.

B – Zusätzlicher Leistungsumfang im Rahmen eines zusätzlichen spezifischen Versorgungsauftrages

- Erstellung eines Behandlungsplans, Abstimmung des Behandlungsplanes mit dem Patienten und Einrichtung des Behandlungsplanes bei der TK (Planung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie die Koordination der Behandlungsschritte zu informieren).
- Wartezeit der Patienten auf Termine maximal fünf Arbeitstage
- Wartezeiten bei vereinbarten Terminen im Regelfall unter 30 Minuten
- Kosteneinsparungen durch gezieltere und schnellere Leistungserbringung
- Nachweis der Qualität der Behandlung durch eine standardisierte Dokumentation und geeignete weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Termingabe unter Einhaltung der 5 Tage SGB V durch den Orthopäden bei den weiteren in die Behandlung einbezogenen Leistungserbringern
- Durchführung von Patientenbefragungen
- mindestens einmal pro Quartal eine Qualitätszirkelsitzung
- Qualitätszirkel-Sitzungen sind von den Vertragsteilnehmern vorzubereiten, durchzuführen und zu dokumentieren

C – Aufgaben der KV Consult

- die Organisation und Abwicklung der Teilnahme von Leistungserbringern (insbesondere die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen, Durchführung von Ausschussverfahren etc.)
- die Abrechnung der Leistungen zwischen den Praxen und der TK,
- die Organisation und Vorbereitung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (d.h. insbesondere der Qualitätszirkelsitzungen)
- die Mitarbeit bei der Überwachung der Einhaltung der Regelungen dieser Rahmenvereinbarung sowie ggf. bei der Ergriffung geeigneter Maßnahmen, die die Zielerreichung möglich erscheinen lassen.
- KV Consult erstellt über jedes Quartal einen strukturierten Qualitätsbericht, in dem über die Teilnehmer, die Leistungsinhalte und die -ergebnisse sowie die Aktivitäten der Qualitätszirkel Auskunft gegeben wird.

D – Beteiligung von Dritten

Die weiterbehandelnden Leistungserbringer haben darüber hinaus die bereitgestellten Unterlagen zu sichten und auszuwerten. Die veranlassten Leistungen werden nicht gesondert vergütet.

E – Patienten

Versicherte müssen vor Beginn der Behandlung eine Datenfreigabeerklärung abgeben. (Anmerkung: der Patient wird auch damit wieder ein kleines Stück transparenter.)

F – Datenübermittlung

Die Partner der Rahmenvereinbarung und die an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbaren ein Monitoring der medizinischen und ökonomischen Effekte und der Zielerreichung aus diesem Vertrag.

Die Entwicklung der Fallzahlen und des Leistungsbedarfes der teilnehmenden Praxen wird ausgewertet. Ein statistischer Vergleich mit nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Praxen wird durchgeführt. (Anmerkung: Woher kommen die Daten? Von einer KV, bei der selbst die Kopfpauschalen Geschäftsgeheimnisse darstellen?)

G – Vergütung

Der eingereichte Behandlungsplan 5,- Euro. Darüber hinaus erhalten die teilnehmenden Orthopäden auf alle abgerechneten und von der KV Norddeinst anerkannten orthopädischen Leistungen der Vertragsteilnehmer einen Zuschlag auf den Punktwert in Höhe von 0,01 EURO gewährt. Die Gebühr für den Behandlungsplan ist nur einmal pro Behandlungsfall und Quartal abrechenbar.

Die Abwicklung der Abrechnung dieser Leistungen übernimmt die KV Consult. Der zusätzliche Betrag, den die Teilnehmer an der Integrierten Versorgung erhalten, wird entweder in der kassenärztlichen Abrechnung gesondert aufgeführt oder über eine separate Abrechnung ausgewiesen.

Anmerkungen:

- * Bei diesem Verfahren ist es unabdingbar notwendig, dass die KV Consult entweder für die Abrechnung die KV selbst in Untertrug nehmen muss oder auf die Abrechnungsdaten der KV zugreifen darf. Welche Verträge existieren zwischen der KV Norddeinst und der KV Consult?
- * Für die Abrechnung muss die KV Consult Einblick in große Teil der Abrechnung der beteiligten Orthopäden haben. Angaben über die angeforderten Punktwerte aller Patienten, die anerkannten Leistungszahlen, die angeforderten Punktzahlen für alle TK-Patienten die anerkannt (woher kommt diese Informationen?) Punktzahlen bei TK-Patienten, die angeforderte Punktzahl pro teilnehmenden TK-Patient bzw. die anerkannte Punktzahl bei diesen TK-Patienten, Da die KV Consult gegenüber der TK detailliert darzulegen haben wird, für welche Patienten welches Zusatzhonorar zu zahlen ist, wird die Praxis für die TK vollkommen transparent.

Franz-Josef Müller, Volkswirt

P.S.: Ich würde den "Arzttag von unten" organisieren, falls Sie und noch 50 weitere Leser mitmachen, lieber Leser. Haben Sie Ihre Anmeldenail schon an mich abgeschickt?

fm@freie-erzteschaft.de

Sollte Ihr Mailprogramm beim Anklicken des Links nicht automatisch starten, bitte folgende Mailadresse kopieren und als Adresse in@freie-erzteschaft.de