

Ergänzung der Versorgungskette zwischen Akutkrankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen

hier: Antrag der SPD-Stadtratsfraktion vom 16.09.2004

I. Berliner Projekt „Ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung Schwerstkranker in stationären Pflegeeinrichtungen“

1.1. Ausgangssituation

1.1.1. Entwicklung von Krankenheimen in Berlin

Deutschlandweit war spätestens in den 70-er Jahren eine zunehmende (Über-)Alterung der Bevölkerung erkennbar. Dies führte zwangsläufig auch zu einer Zunahme von schwerst und chronisch kranken Menschen und damit verbunden zu steigenden Krankheitskosten. Westberlin war von dieser Entwicklung besonders stark betroffen. Um Kosten zu senken, wurde daher 1975 im Berliner Krankenhausplan u.a. festgeschrieben, dass Akutbetten zu reduzieren seien. Da ein Großteil der Krankenhausbetten durch Patienten belegt war, die in erster Linie dauernd pflegebedürftig waren und im Krankenhaus lagen, weil kein Heimplatz vorhanden war, beschloss man, einen Teil der Krankenhäuser und Abteilungen für chronisch Kranke in sog. Krankenheimen umzuwandeln. Die gesetzliche Grundlage hierfür war die Berliner Krankenhausverordnung von 1978.

Krankenheimen sollten die Versorgungskette zwischen den Akutkrankenhäusern und den konventionellen Alten- und Pflegeheimen ergänzen. Das erste entstand bereits 1975, weitere 66 folgten bis 1996 mit insgesamt über 7.000 Betten. Aufgenommen wurden pflegebedürftige und wesentlich behinderte Menschen überwiegend im hohen und sehr hohen Alter, die einerseits nicht die ständige Versorgung eines Krankenhauses brauchten, andererseits jedoch nicht in einem normalen Altenheim betreut werden konnten. Krankenheimen boten in ihrer Versorgung die ganzheitliche Verbindung zwischen Wohnen, Pflege, medizinischer Grundversorgung und therapeutischer Leistung. Als therapeutischer Ansatz wurde in der Krankenhausverordnung die aktivierende Pflege gefordert. Zugleich wurde die notwendige medizinische und therapeutische Versorgung mit angestellten TherapeutInnen und ÄrztInnen mit einem festen Stellenschlüssel sichergestellt. ÄrztInnen, die die medizinische Grundversorgung erbrachten, waren über Rufbereitschaften zu ständiger Erreichbarkeit verpflichtet.

Vor Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung am 1. Juli 1996 mussten die BewohnerInnen eines Krankenhauses für die Zahlung der Unterbringungskosten in erster Linie selbst aufkommen. Wenn die finanziellen Mittel fehlten, übernahm der Sozialhilfeträger die Kosten für die medizinische und pflegerische Betreuung, Hilfsmittel und Medikamente. Die Krankenkassen zahlten lediglich größere Hilfsmittel, Krankentransporte und akutstationäre Behandlung.

1.1.2. Veränderungen durch die Einführung der Pflegeversicherung

Am 1. Juli 1996 wurden aufgrund der neuen Rechtslage die Krankenheimen in Einrichtungen der stationären Pflege umgewandelt, womit die Pflegeversicherung die anteiligen Kosten für die Pflege bis zur gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsobergrenze übernahm. Unklar war nun, wie die medizinische Betreuung der schwerst kranken BewohnerInnen zu organisieren und finanzieren sei. Rein rechtlich hätten ab diesem Zeitpunkt niedergelassene ÄrztInnen die Betreuung der 7.344 Patienten übernehmen müssen. Da es sich aber um hochgradig multimorbide Patienten handelte, die zudem bei der Kalkulation der Budgets für die niedergelassenen ÄrztInnen nicht berücksichtigt worden waren, schien die Möglichkeit aufgrund nicht vorhandener zeitlicher und finanzieller Ressourcen auszuschließen. Außerdem befürchteten

die Krankenkassen bei Wegfall der direkten medizinischen Betreuung enorme Kostensteigerungen aufgrund vermehrter Krankenhauseinweisungen. Auch bei den Medikamenten waren Mehrkosten zu erwarten, da diese nun nicht mehr aus Krankenhausapotheken bezogen werden konnten, sondern per Einzelrezept aus niedergelassenen Apotheken geholt wurden.

1.1.3. Übergangsregelung vom 01.07.1996 bis zum 31.12.1997

Im Ergebnis der Bewertung dieser Probleme kam es zu der „Vereinbarung über die ärztliche Versorgung durch angestellte ÄrztInnen in Krankenhäusern / Abteilungen für chronisch Kranke“ zwischen den Krankenkassenverbänden, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Berliner Krankenhausgesellschaft. Diese sah vor, dass die Träger der Einrichtungen im Rahmen einer Institutsermächtigung mit fest angestellten ÄrztInnen an der ambulanten Versorgung teilnehmen konnten. Damit war die Fortsetzung der bisherigen dichten medizinischen Betreuung sichergestellt. Finanziert wurde die ärztliche Versorgung durch die Bereitstellung von Mitteln außerhalb des Systems.

Auf diese Weise konnte die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und der Krankentransporte auf dem gleichen niedrigen Niveau gehalten werden. Nicht zu verhindern waren allerdings die auf ein Mehrfaches steigenden Kosten und der erhöhte Verwaltungsaufwand bei der Versorgung der BewohnerInnen mit Arzneimitteln.

1.1.4. Entstehung des Berliner Projekts

Ab Mitte 1997 stellte sich erneut die Frage, wie die Krankenhäuser ab 1998 weiter geführt werden sollten, insbesondere, ob die Beschäftigung von fest angestellten ÄrztInnen und TherapeutInnen aufrecht zu erhalten sei. Denn trotz der 20-jährigen Laufzeit dieses besonderen Versorgungsangebots in Berlin mangelte es an Daten, die die qualitativ hochwertige sowie kostengünstige Betreuung belegt hätten. Nach zähen Verhandlungen, in deren Verlauf die Ersatzkassen die Verhandlungsrunden verließen, startete am 1. April 1998 das Berliner Projekt „Ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung Schwerstkranker in stationären Pflegeeinrichtungen“. Eingebunden in das Berliner Projekt sind die Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG), die AOK Berlin, die IKK Brandenburg und Berlin, die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin, der Verband der Privatkrankenanstalten Berlin-Brandenburg e.V. (VPK), die Automation Consulting Group GmbH (ACG) sowie 40 stationäre Pflegeeinrichtungen. Seit dem 1. Oktober 1999 nehmen auch die Sozialhilfeträger an der Kooperation teil. Unterstützt wird das Projekt durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.

1.2. Ziele des Berliner Projekts

Zwischen o.g. Kooperationspartnern wurden Vereinbarungen getroffen, die folgende Ziele beinhalteten:

- Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität der BewohnerInnen durch koordinierte ärztlich-therapeutische und pflegerische Behandlung in den betroffenen Pflegeeinrichtungen
- Begrenzung bzw. Minderung der Ausgaben, insbesondere durch Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und Transportkosten bzw. Beibehaltung niedrigerer Einweisungsquoten

Sowohl hinsichtlich der Qualität als auch der Wirtschaftlichkeit wurden Zielwerte festgelegt. Es entstand ein Lenkungsausschuss, das alle Beteiligten umfasst und dessen Aufgabe es ist, bereits während der Laufzeit des Projekts sowohl die Rahmen- als auch die Zielverein-

barungen laufend weiter zu entwickeln. Um dem Lenkungsausschuss die für seine Arbeit notwendigen Instrumente an die Hand zu geben, wurde ein externer Dienstleister (ACG) mit dem Kosten- und Qualitätscontrolling und dem Datenmanagement betraut. Das Controlling dient zum einen den einzelnen Einrichtungen, die bei Überschreiten der Zielwerte zeitnah Gegensteuerungsmaßnahmen ergreifen können, zum anderen ist es dadurch möglich, vierteljährlich die Ergebnisse des Gesamtprojekts zu beschreiben.

Für das Qualitätscontrolling wird das sog. Resident Assessment Instrument (RAI) eingesetzt. Dies ist ein standardisiertes Dokumentationsinstrument, das bereits in den 80-er Jahren in den USA entwickelt wurde und heute in vielen Ländern der Welt verbreitet ist. Im Bereich der stationären Versorgung alter Menschen kann es als internationaler Standard angesehen werden. Durch die Anwendung des RAI wird im Bezug auf die Pflegequalität eine Transparenz geschaffen und damit eine Vergleichbarkeit zwischen den Heimen ermöglicht.

Um die Orientierung auf ein Ergebnis für alle Beteiligten verbindlicher zu machen, wurde zusätzlich vereinbart, dass Einrichtungen, die den vereinbarten Zielwert unterschreiten, einen Bonus finanzieller Art erhalten, bei Überschreitung des Zielwertes jedoch erfolgt zunächst eine externe Beratung und ggf. ein Ausschluss aus dem Projekt.

1.3. Laufzeit

Das Projekt wurde ursprünglich auf den 31.12.2002 befristet. Aufgrund der positiven Ergebnisse wurde es bis zum 31. März 2006 verlängert.

1.4. Die abgeschlossenen Vereinbarungen

Am 1. April 1998 trat die „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 Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden“ in Kraft (s. Anlage). Diese Vereinbarung legte den Rahmen für das gesamte Projekt fest. Bei der ersten Version bezog sich die Rahmenvereinbarung ausschließlich auf Einrichtungen, die mit fest angestellten ÄrztInnen arbeiteten.

Zum 1. Januar 1999 wurde die „Ergänzende Vereinbarung zur Rahmenvereinbarung der Krankenkassenverbände, KV Berlin, BKG und VPK vom 26.03.1998 zwischen der Kassenärztlichen Vereinbarung und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen. Damit wurde neben der Betreuung der Patienten durch fest angestellte, ermächtigte ÄrztInnen (sog. A-Regelung) ebenfalls die Möglichkeit geschaffen, die Betreuung durch niedergelassene ÄrztInnen sicher zu stellen (sog. B-Regelung).

In der Rahmenvereinbarung wurde eine fiktive Platzpauschale für die medizinisch-therapeutische Versorgung der BewohnerInnen festgelegt. Sie betrug 8.239,- DM = 4.213,- € pro Platz und Jahr. Diese ursprüngliche Sollpauschale für SGB V-Leistungen wurde aufgeteilt in medizinische Grundversorgung (818,- €), therapeutische Betreuung (395,- €), medizinischen Bedarf (684,- €), Arzneimittelversorgung (1.023,- €), Krankenhausbehandlung (1.254,- €) und Fahrtkosten (41,- €). Die Kalkulation wurde auf der Basis der vorhandenen Daten für die Zahl von 7.500 Pflegeplätzen dieser Prägung in Berlin berechnet.

Die Erfahrungen im Laufe der Zeit zeigten jedoch, dass der für alle Einrichtungen gleiche Zielwert das unterschiedliche Klientel der Pflegeeinrichtungen zu wenig berücksichtigte. Daher wurden zum Januar 2004 rückwirkend ab Januar 2001 morbiditätsorientierte fiktive Pauschalen für Arzneimittelversorgung, Krankenhausbehandlung und Fahrtkosten

ausgehandelt. Unverändert konstant blieben die Pauschalen für die ärztliche Behandlung, therapeutische Betreuung und den medizinischen Bedarf.

Ausgezahlt werden die Pauschalen für die ärztliche Betreuung von den Krankenkassen an die KV Berlin, die sie wiederum an die an die ermächtigten Einrichtungen für die dort beschäftigten ÄrztInnen (A-Regelung) bzw. an die niedergelassenen ÄrztInnen, die mit der Einrichtung kooperieren (B-Regelung), weiterleitet. Die Pauschalen für die therapeutische Betreuung und medizinischen Bedarf werden von den Krankenkassen direkt an die Einrichtungen ausgezahlt, während Arzneimittel, Fahrtkosten und Krankenhausaufenthalte weiterhin wie gewohnt von den Leistungserbringern direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

In der Rahmenvereinbarung sind weiterhin Verfahren nach dem Belohnungs- / Bestrafungssystem festgelegt, die bei Über- bzw. Unterschreiten der Pauschale greifen. Auch die Eckpunkte für das Kostencontrolling, die Qualitätssicherung und die Aufgaben des Lenkungsausschusses sind hier fixiert.

Der Lenkungsausschuss wiederum erarbeitet die Vereinbarungen im Detail. So wurden beispielsweise zur Sicherung der Versorgungsqualität folgende Kriterien festgelegt:

- Die ÄrztInnen in den Einrichtungen stellen eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung, sieben Tage die Woche sicher.
- Außerhalb der Sprechzeiten bzw. Arbeitszeiten ist eine Rufbereitschaft vorhanden.
- Ein Arzt / eine Ärztin (B) versorgt in der Regel 30 – 40 Patienten.
- Ein Arzt / eine Ärztin (A) versorgt 75 Patienten.
- Eine Regelvisite erfolgt mindestens einmal die Woche in der Einrichtung.
- Fallbesprechungen in multiprofessionellen Teams (TherapeutInnen, Pflegepersonal, ÄrztInnen) finden einmal im Quartal statt.
- ÄrztInnen sind verpflichtet, an Qualitätszirkeln teilzunehmen oder mindestens eine Fortbildungsveranstaltung pro Jahr zu besuchen (B).
- Eine von der KV gebildete Kommission prüft Teilnahmevoraussetzungen und Beschwerden (B).
- Zugelassen werden hausärztlich tätige ÄrztInnen, NeurologInnen und PsychiaterInnen (B).

1.5. Datenschutz

Da bei dem Berliner Projekt personenbezogene Struktur- und Kostendaten in einer zentralen Controllingeinheit zusammengeführt werden, entstanden dadurch besondere Datenschutzanforderungen für die Datensammelstelle und Controlling. Diesen Belangen wurde in besonderer Weise Rechnung getragen. Pseudonymisierung, Verschlüsselung und digitale Signatur erfolgen mit einem hybriden Verschlüsselungsverfahren, womit alle Sicherheitsanforderungen, die derzeit in diesem Zusammenhang zu stellen sind, erfüllt werden.

1.6. Ergebnisse des Berliner Projekts von 1998 bis 2002

An dem Berliner Projekt nahmen durchschnittlich 40 stationäre Pflegeeinrichtungen teil. Ihre Daten wurden zum einen mit den nicht teilnehmenden Einrichtungen in Berlin (durchschnittlich 242) und zum anderen untereinander (A-Regelung versus B-Regelung) verglichen. Ausgewertet wurden die Kosten für Krankenhausbehandlungen, Arzneimittel, Krankentransporte und Heil- und Hilfsmittel.

1.6.1. Ergebnisse Krankenhaushäufigkeit:

	1998		1999		2000		2001		2002	
	PE 42	ÜE 238	PE 42	ÜE 243	PE 40	ÜE 244	PE 40	ÜE 238	PE 40	ÜE 244
Projekteinrichtungen (PE)										
Übrige Einrichtungen (ÜE)										
KH-Fälle	1113	9088	1156	10962	1058	11248	1076	11874	1050	13030
KH-Fälle je BewohnerInnen	0,25	0,57	0,27	0,66	0,26	0,66	0,27	0,68	0,29	0,73
Faktor, um den die KH-Häufigkeit in ÜE höher ist	2,3		2,5		2,5		2,5		2,5	

Quelle: Lenkungsausschuss des Berliner Projekts / AOK Berlin

1.6.2. Differenz der Ausgaben der Projekteinrichtungen zu den Ausgaben der übrigen Einrichtungen:

	Abweichung der Ausgaben		
	2000	2001	2002
Krankenhausbehandlungen	- 56,9%	- 55,4%	- 57,7%
Arzneimittel	- 15,1%	- 12,1 %	- 12,7%
Krankentransporte	- 58,1%	- 58,1 %	- 64,0%
Heil- und Hilfsmittel	53,1%	50,7%	46,9%
Gesamt	- 33,0%	- 31,9%	- 35,0%

Quelle: Lenkungsausschuss des Berliner Projekts / AOK Berlin

1.6.3. Ausgabenverteilung von A- und B-Einrichtungen pro BewohnerIn und Tag

	2001		2002	
	A-Einrichtungen	B-Einrichtungen	A-Einrichtungen	B-Einrichtungen
Medizinischer Bedarf	2,56 €	2,38 €	2,47 €	2,24 €
Arzneimittel	2,96 €	2,14 €	2,94 €	2,33 €
Krankentransporte	0,49 €	0,52 €	0,45 €	0,56 €
Krankenhausaufenthalte	4,69 €	5,24 €	4,70 €	5,23 €
TherapeutInnen	1,08 €	1,08 €	1,08 €	1,08 €
ÄrztInnen	2,24 €	2,24 €	2,24 €	2,24 €
Summe	14,02 €	13,60 €	13,88 €	13,68 €

Quelle: Lenkungsausschuss des Berliner Projekts / AOK Berlin

1.7. Fazit

Die Daten aus den Jahren 1998 bis 2002 zeigen, dass sich mit dem Berliner Projekt relevante Einsparpotenziale ergeben bei gleichzeitigem Ausbau von qualitätssichernden Maßnahmen. Die Einsparungen resultieren in erster Linie aus deutlich weniger Krankenhauseinweisungen und Fahrtkosten. Allein im Jahr 2002 konnten so 4,6 Mio. Euro eingespart werden. Ähnlich hohe Einspareffekte ergaben sich auch für die vorhergehenden Jahre.

Die BewohnerInnen profitieren über eine höhere Lebensqualität, da sie eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung erhalten. Dadurch bleibt ihnen ein häufiger Wechsel zwischen der häuslichen Umgebung in der Einrichtung und einer Klinik erspart.

Der Vergleich zwischen den A- und B-Einrichtungen zeigt, dass die medizinische Betreuung der BewohnerInnen sowohl durch angestellte als auch durch niedergelassene ÄrztInnen zu ähnlich guten Resultaten führt.

1.8. Geplantes weiteres Vorgehen

Das Projekt wurde aufgrund der überzeugenden Ergebnisse zunächst bis zum 31.03.2006 verlängert. Im Rahmen der Fortführung sind als nächste Schritte durch den Lenkungsausschuss folgende inhaltliche Fragen zu klären:

- Abstimmung über Aufnahme von weiteren Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern in das Projekt
- Möglichkeit des Groß-/Sammelbezugs von Arzneimitteln
- Anpassung der Pauschalen für ärztliche und medizinisch-therapeutische Versorgung
- Integration der Leistungen von FachärztInnen und ZahnärztInnen
- Klärung von Weisungsbefugnissen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegepersonal)

2. Münchener Projekt „Optimierte medizinische Versorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen durch einen Geriatrischen Praxisverbund“

2.1. Ausgangssituation

Im Jahr 2002 führte die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) eine bayernweite Befragung der Alten- und Pflegeheime und der dort tätigen ÄrztInnen durch. Ziel war, Defizite der medizinischen Versorgung stationären Pflegeeinrichtungen aufzudecken und neue Konzepte zu entwickeln. Die Vorort-Analyse der medizinischen Versorgungssituation zeigte u.a., dass

- viele Krankenhauseinweisungen durch die gesteigerten „Notfallarzt“-Einsätze für vermeidbar gehalten wurden,
- ein erhöhter Kommunikations- und Koordinationsbedarf zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften bestand,
- die Entsorgung nicht mehr verwendeter, noch original verpackter Medikamente in den Müll als überflüssige Ausgabe erachtet wurde.

Insgesamt war man sich einig, dass bestehende Versorgungsstrukturen auch unter dem Blickpunkt der sozio-demographischen Entwicklungen schon bald an ihre Grenzen stoßen würden und daher neue, zukunftsweisende Konzepte entwickelt werden müssten.

2.2. Ziele einer optimierten Altenheim-Versorgung

Daher erarbeitete die KVB gemeinsam mit der AOK Bayern 2003 ein Konzept, das zwei Hauptziele verfolgt:

1. Optimierung der medizinischen Versorgung der HeimbewohnerInnen

2. Kostensenkung

Anhand der Ergebnisse der Umfrage wurden folgende Ansätze festgelegt:

- verbesserte Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonal durch Gesprächsrunden und standardisierte Dokumentation
- Verstärkung der hausärztlichen Präsenz durch Einrichtung von Präsenz- und Hintergrunddiensten
- Verminderung vermeidbarer Krankenhauseinweisungen durch Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch HausärztInnen
- standardisierte Dokumentation durch einheitliche Software
- optimiertes Medikamentenmanagement durch Wieder-Einsatz unversehrter Medikamente verstorbener HeimbewohnerInnen
- spezifische geriatrische Fortbildung

2.3. Entstehung des Münchner Pilotprojekts

Ausgangspunkt war die Gründung des Geriatrischen Praxisverbundes (GPV) im Oktober 2003, in dem 14 geriatrisch erfahrene HausärztInnen zusammengeschlossen sind. Weiterhin konnte die KVB als Initiator des Projekts das „Haus an der Tauernstraße“ des Heimträgers Münchenstift GmbH, die AOK Bayern, die LKK Franken und Oberbayern und die Bundesknappschaft Verwaltungsstelle München für das Projekt gewinnen. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen unterstützt das Projekt.

Am 1. April 2004 fiel der Startschuss.

2.4. Inhalte des Münchner Pilotprojekts

2.4.1. Verbesserte hausärztliche Versorgung

Der GVP stellt eine tägliche Vor-Ort-Präsenz eines Arztes / einer Ärztin im Heim sicher. Üblicherweise ist der Arzt / die Ärztin ab 13:30 Uhr ca. zwei Stunden im Haus, versorgt seine eigenen Patienten und bei aktuell notwendigen Behandlungen auch fremde Patienten. Der / die an einem Tag verantwortliche Arzt / Ärztin ist außerdem außerhalb seiner Präsenzzeit von 7 bis 23 Uhr für die ärztlichen Belange des Heims erreichbar – im Ernstfall auch aus der laufenden Sprechstunde. Der GVP verfügt über eine einheitliche Rufnummer, unter der das Heimpersonal zu den vereinbarten Zeiten immer einen Arzt / eine Ärztin erreichen kann. Innerhalb des GPV existiert eine definierte Vertretungsplanung.

2.4.2. Verbesserte Kommunikation und Koordination

Zwischen betreuenden ÄrztInnen und dem Heim finden unter Einbeziehung des Pflegepersonals regelmäßige Gesprächsrunden statt. Auch FachärztInnen und Kliniken werden bei Bedarf in die Gesprächsrunden mit einbezogen, um beispielsweise die Medikation besser aufeinander abzustimmen. Zusätzlich finden zwischen den ÄrztInnen regelmäßige Gesprächsrunden und auch bilaterale Konsultationen statt. Weiterhin wurden mit dem Heim „Alarmierungswege“ definiert, um einen reibungslosen Ablauf einer Notfallversorgung zu gewährleisten.

2.4.3. Standardisierte Dokumentation

Ein wichtiger Eckpfeiler der verbesserten Kommunikation und Koordination ist die standardisierte Dokumentation. Hierzu wurde zum einen eine elektronische Pflegeakte und zum

anderen eine elektronische Patientenakte entwickelt. Die Datenerfassung in der Pflegeakte erfolgt durch das Personal. In die Patientenakte tragen die GPV-ÄrztInnen die notwendigen Daten ein. Zwischen den beiden Akten findet ein Datenaustausch statt. Damit erfolgt eine Synchronisation der Daten, der doppelte Dokumentationsaufwand seitens der ÄrztInnen wird vermieden und die Pflegedokumentation für das Pflegepersonal wird vereinfacht, beschleunigt und vor allem präzisiert. Weiterhin erfolgt die Datenerfassung für die projektbegleitende Evaluation.

Der Zugriff auf das Dokumentationssystem im Heim von der Arztpraxis aus erfolgt über das KVB-Netz über Authentifizierung (Personenidentifizierung) und Zugriffskontrolle.

2.4.4. Arzneimittelmanagement

Um die Arzneimittelkosten zu senken, wurde innerhalb des Projektes „Geriatrischer Praxisverbund“ die Beschaffung und Ausgabe von Arzneimitteln neu geregelt. Unangebrochene Medikamenten-Packungen dürfen in den Praxisbedarf zurückgenommen werden. Auch ist es erlaubt, den Praxisbedarf teilweise im Heim zu deponieren. Weiterhin wurde im Heim eine Notfallapotheke eingerichtet. Apotheken, die das Heim mit Arzneimitteln beliefern, stellen die Medikamente idealerweise in unit doses zur Verfügung. Geht ein Arzneimittel zur Neige, teilt dies der Apotheker rechtzeitig dem GPV-Arzt / der GPV-Ärztin mit. Die Qualitätskontrolle der zurückgenommenen Medikamente erfolgt durch den Apotheker.

2.4.5. Qualitätsmanagement

Zur Evaluation der Pflege- und medizinischen Betreuungsqualität dient das neue Dokumentationssystem. Mit dessen Hilfe werden auch die Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte, die Transport- und Arzneimittelkosten am Ende des Projekts ausgewertet. Zusätzlich erfolgt eine Befragung der BewohnerInnen am Anfang, in der Mitte und am Ende des Projekts über die Zufriedenheit der Betreuung.

Im Rahmen der hausärztlichen Fortbildung wird ein Fortbildungsprogramm festgelegt, das für die betreuenden ÄrztInnen verpflichtend ist.

2.5. Finanzierung

Von den teilnehmenden Krankenkassen wurde ein Projektbudget zur Verfügung gestellt. Hierbei zahlen die Kassen pro eingeschriebenen/r Patienten/in einen festen Betrag an die KVB. Dieser Betrag in ein Fixbudget und ein variables Budget aufgeteilt. Die Abrechnung mit den GPV-ÄrztInnen erfolgt zum Teil gemäß dem EBM und zum Teil auf Basis von GOPs mit fixen Euro-Beträgen. Gewisse Leistungen, wie regelmäßige Besprechungen, werden aus dem Fixbudget vergütet.

2.6. Bisherige Ergebnisse

Da das GPV-Projekt erst im April dieses Jahres gestartet ist, liegen noch keine validen Daten über die Ergebnisse vor. Ansatzweise lässt sich jedoch jetzt schon ein Rückgang der Krankenhauseinweisungen in diesem Zeitraum erkennen. Auch das Pflegepersonal äußert sich bisher zufrieden mit dem Projekt, da es sich durch die regelmäßige Präsenz der ÄrztInnen sicherer fühlt.

2.7. Zukünftige Planung

Die KVB sucht zur Zeit eine weitere Alten- und Pflegeeinrichtung, in der sich das Projekt umsetzen lässt. Sollten nach Abschluss des Modellprojekts die Ergebnisse den Erwartungen entsprechen, ist eine bayernweite Umsetzung geplant.

3. Können in Nürnberg ähnliche Strukturen entwickelt werden?

3.1. Ärztliche Betreuungsqualität in den Nürnberger Heimen

Aufgrund der Kürze der Zeit konnten keine umfangreichen Daten über die ärztliche Betreuungsqualität in den Nürnberger Alten- und Pflegeheimen erhoben werden. Seitens des Gesundheitsamtes wurden jedoch einige Heimleiter und Pflegedienstleiter zur Situation befragt und um Verbesserungsvorschläge gebeten. Im Großen und Ganzen äußerten sich die Befragten zufrieden mit der ärztlichen Betreuung der HeimbewohnerInnen. Folgende Probleme bzw. Verbesserungsvorschläge wurden genannt:

- keine ausreichende Präsenz mancher ÄrztInnen
- schlechte Erreichbarkeit mancher ÄrztInnen
- zu häufige Krankenhauseinweisungen (meist durch Notarzt/-ärztin, da Hausarzt/-ärztin nicht erreichbar)
- zu häufige Verordnung von Harnwegskathetern
- Wunsch nach besserer palliativmedizinischer Ausbildung von ÄrztInnen
- Wunsch nach besserer ernährungsmedizinischer Ausbildung von ÄrztInnen
- zu große Anzahl verschiedener ÄrztInnen im Haus
- mangelnde Dokumentation und Kommunikation mancher ÄrztInnen

Tendenziell war erkennbar, dass die ÄrztInnen, die mehrere BewohnerInnen in einem Heim betreuen, in der Regel auch öfter anwesend sind und mehr mit dem Pflegepersonal kommunizieren als ÄrztInnen, die nur ein oder zwei Patienten im Heim betreuen.

3.2. Voraussetzungen zur Entwicklung ähnlicher Strukturen in Nürnberg wie beim Berliner / Münchner Projekt

Obwohl das Berliner Projekt den Nachweis erbracht hat, dass eine intensivere pflegerische und medizinische Betreuung der HeimbewohnerInnen Krankenhauseinweisungen und damit verbundene Fahrtkosten deutlich reduziert, ist dieses Modell nicht ohne weiteres auf Nürnberg anwendbar.

Die ärztliche Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist in den 40 Berliner Heimen sinnvoll und notwendig, da dort alle HeimbewohnerInnen schwerst krank sind. Dies entspricht nicht dem Klientel der Nürnberger Heime. Die Fragebogenaktion der KVB vor zwei Jahren hat auch ergeben, dass in den bayerischen Heimen vor allem montags bis freitags zwischen 6:00 Uhr und 13:00 Uhr die meisten Zwischenfälle vorkommen, bei denen ärztliche Hilfe benötigt wird, weniger an Wochenenden und nachts. Daher besteht die Rufbereitschaft beim Münchner Projekt auch nur zwischen 7:00 und 23:00 Uhr.

Das Berliner Projekt entstand aus den sog. Krankenheimen, in denen angestellte ÄrztInnen arbeiteten. Auch jetzt noch arbeitet ein Teil der Heime mit angestellten ÄrztInnen. Das bedeutet, dass hier die freie Arztwahl der BewohnerInnen eingeschränkt wird. Beim Münchner Projekt jedoch besteht weiterhin die freie Arztwahl. Auch, wenn ein/e GPV-Arzt/-

Ärztin im Haus ist, wird im Bedarfsfall immer erst der / die behandelnde Hausarzt/-ärztin informiert. Da das Berliner Projekt auch gezeigt hat, dass die medizinische Versorgung durch angestellte und niedergelassene ÄrztInnen gleichwertig ist, wäre eher die Umsetzung des Münchner Projekts in Nürnberg denkbar.

Mit der KVB wurden seitens Gh bereits Gespräche geführt. Ursprünglich war von der KVB geplant, ein weiteres Modellprojekt in einem Alten- und Pflegeheim in ländlicher Gegend zu etablieren. Durch die neueren Entwicklungen plant die KVB, auf die HeimleiterInnen/-träger in Nürnberg zuzugehen, um eine geeignetes und interessiertes Haus zu finden. Gh wird die KVB bei diesem Vorhaben unterstützen. Weiterhin hat Gh Kontakt mit dem Praxisnetz Nürnberg Nord aufgenommen. Auch hier besteht Interesse an einer engeren Zusammenarbeit unter den ÄrztInnen, die HeimbewohnerInnen betreuen. Hierzu soll in Kürze auch eine Liste erstellt werden, aus der hervorgeht, welche ÄrztInnen in welchen Heimen PatientInnen betreuen.

Entscheidend für die Umsetzung eines solchen Projekts sind jedoch die finanziellen Mittel. Diese müssten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden mit dem Vertrauen darauf, dass die qualitativ bessere medizinische Betreuung der HeimbewohnerInnen letztendlich durch weniger Krankenhauseinweisungen zu Kosteneinsparungen führt.

- II. Gh/L 16.11.04 CR
- III. 16.11.04 Herr SRB zur Vorlage im Gesundheitsausschuss

Am 15. November 2004
Gh/Medizinische Dienste
i.A.

Dr. Bán



Anlage: Rahmenvereinbarung zum Berliner Modell

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 Platzpau-schale 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 Krankenhäusern, 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

Wolfgang Müller

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse

Der Vorstand

1.7. / [Signature]

IKK Brandenburg und Berlin

Der Vorstand

[Signature] / [Signature]

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Der Vorstand

[Signature] / [Signature]

Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

[Signature]

Verband der Privatkrankenanstalten

Berlin-Brandenburg e.V.

Der Geschäftsführer