

Thema Gesundheitswesen

Hier: Gesundheitsreform 2000

Leitfaden für

Integrierte Versorgung

Analyse und Kommentare zum
Referentenentwurf vom 25.05.1999
des Bundesministeriums für Gesundheit

Quellenverzeichnis:
Neuer § 140 SGB V. Integrierte Versorgung
Bearbeitet und
herausgegeben:

PCTS PLAN SYSTEMS TREUHAND CONSULT GmbH
All rights reserved by PCTS
Reproduktion und Veröffentlichung auch auszugsweise nicht gestattet

Status 07/2004

1. Einführung

In der Gesundheitsreform 2000, dokumentiert im Referentenentwurf vom 25.05. 1999, wird den Organen des Gesundheitswesens zwingend die Organisationsform der integrierten Versorgung der Versicherten gesetzlich auferlegt.

Die Vorgaben des nunmehr formulierten §40 SGB V gibt den Organen unter Fristsetzung bis zum **30.06. 2000** auf, entsprechende Rahmenbedingungen zur Organisation, Finanzierung, Qualitätssicherung und den teilnehmenden Leistungserbringern zu entwickeln.

Auf Grund des Zeitrahmens und divergierende Interessen der Verbände und Organisationen ist nicht zu erwarten, das kurzfristig schlüssige Konzeptionen zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben aus dem Kreis der Selbstverwaltung erarbeitet werden können um das System in sich konsistent zu machen.

Das von der Planungsgemeinschaft GruppeZentren entwickelte Konzept des PraxisZentrum bzw. GesundheitsZentrum erfüllt die gesetzlichen Forderungen bereits in vollem Umfang.

Zum Verständnis sollte die Sprachregelung für dem im Gesetzesentwurf verwendeten Begriff "integrierte Versorgung" geklärt werden.

Der Gesetzesentwurf verwendet den Begriff **integrierte Versorgung** und zielt damit auf die Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten, die Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung auch unter Berücksichtigung von Reha Massnahmen, d.h. auf die Verzahnung dieser Bereiche. Diese Verzahnung wird im PraxisZentrum und im GesundheitsZentrum geleistet. Somit sind Integrierte Versorgung" und PraxisZentrum/GesundheitsZentrum synonym. Ärzte und Zahnärzte bezeichnen diese Entwicklungen als "Neue Praxisförmer".

II. Ziel der Reform

Der Gesetzgeber will die Qualität der Versorgungsleistungen, die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und damit die Kostenentwicklung nachhaltig beeinflussen und steuern.

III. Maßnahmen

Unter Verzicht auf einen detailliert vorgegebenen Regelmechanismus bewirkt das Gesetz für alle Betroffenen eine verpflichtende Verhaltensänderung, ressourcenverzehrende Defizite in der Gesundheitsversorgung zu beseitigen, die med. Qualifizierung des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt zu rücken, sowie Leistung und Effizienz der ambulanten und stationären

Versorgung über Wettbewerb zwischen Leistungserbringern zu stärken.

Dies geschieht im Entwurf unter anderem durch folgende Maßnahmen:

Die Versicherten werden unterstützt, sich im Gesundheitswesen zu orientieren, informieren und Ihre Rechte wahrzunehmen.

Den Krankenkassen und Leistungserbringern werden die Möglichkeit gegeben, die bisherigen (konservativen) bereichsspezifischen Strukturen zu überwinden und sich auf neue med. Formen der Versorgung zu konzentrieren.

Die Fokussierung auf einen aufgeklärten, eigenverantwortlich handelnden Patienten, sowie der damit einhergehenden Durchbrechung konservativer Strukturen ermöglicht neue innovative, ganzheitliche Konzepte die intelligente Strukturen im Gesundheitswesen erzeugen sollen. Hierbei steht im Mittelpunkt der Reform die **Integrierte Versorgung** der Versicherten.

Diese gesetzlichen Grundlagen fordern gemäß § 140 ff die Umsetzung der integrierten Versorgung durch entsprechende Maßnahmen:

IV. Gesetzliche Grundlagen

§140a fordert eine Leistungssektoren übergreifende, integrierte Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eine **interdisziplinäre Versorgung** zu erreichen.

§140c garantiert für die integrierten Versorgungsformen den Leistungserbringern sämtliche Vergütungen, die von den teilnehmenden Patienten im Rahmen erbrachte Leistungen abzurechnen sind.

Einsparungen, die aufgrund eines gegebenen Budgets mittels systembedingter Rationalisierung erzielt werden, sollen zu je 1/3 an die Krankenkassen, 1/3 an die kassenärztlichen Vereinigung und 1/3 an die Patienten verteilt werden.

§140g gemäß bleibt das Prinzip der freien Arztwahl uneingeschränkt, die Teilnahme der Versicherten an der integrierten Versorgung erfolgt freiwillig und soll durch Bonusanreize gefördert werden (siehe Berlinmodell).

Die erforderliche Datentransparenz zur integrierten Versorgung erfolgt durch Vernetzung der zusammen wirkenden Leistungssektoren und ausschließlich mit Genehmigung des Patienten.

§140d gemäß sollen durch KK und KV Rahmenbedingungen über den Inhalt der integrierten Versorgung nach § 140a beschlossen werden.

Zu regeln sind:

- Organisationsfragen, **räumliche Merkmale**
- Vorgaben über Voraussetzungen zur Teilnahme der Leistungserbringer, einschließlich der Festlegung von Mindest- und Höchstzahlen teilnehmender Ärzte die Finanzierung der integrierten Versorgungs Standards zur Qualitätssicherung, Datenaustausch und Dokumentation.

V. Kostenreduzierung

Zwangsläufig ergeben sich durch die Einrichtung von PraxisZentrum und GesundheitsZentrum die durch die Gesetzesreform geforderten Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit, der Einführung von Qualitätssicherung, Vermeidung von Fehlbehandlungen, Reduzierung von Untersuchungsmaßnahmen und geforderte Kostensenkung.

Die Novelle der **Gesetzesreform** sieht - u.a. auch folgende kostenreduzierende Maßnahmen vor:

erweiterte Kündigungsmöglichkeiten von Versorgungsverträgen von Krankenhäusern durch die Krankenkassen die verbesserte Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch integrierte Versorgungsverträge und die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen.

die mittelfristige Einführung eines umfassenden Preissystems (Fallpauschalen) mit vereinbarten Mengen im Krankenhausbereich.

Die Einführung eines prospektiven regionalen Gesamtbetrages für die Krankenhausvergütung.

In den übrigen Versorgungsbereichen ergeben sich weitere kurz-/mittel- oder langfristige Einsparungspotentiale.

Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung durch umfassendes Qualitätsmanagement, Evolution medizinischer Technologien, sowie gezielteren Einsatz des Medizinischen Dienstes.

- Aufwertung der Prävention und Zahnerhaltung gegenüber Zahnersatz im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung.

- Die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung durch Einführung einer Positivliste, die Umstellung der Arznei- und Heilmittelbudget's auf ein

"Benchmarking-System", sowie die gesetzliche Verpflichtung von Apotheken zur Abgabe von Reimport-Arzneimittel.

- Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung eines effizienten Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Die Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung, die Risikoselektion zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung vermeiden soll.

Anmerkung in eigener Sache:

Am 17. Dezember 1998 schrieb uns die Bundesministerin für Gesundheit Andrea Fischer in einer Stellungnahme zu unserer **bereits seit 1995** in Entwicklung befindlichen Neuen Praxisform PraxisZentrum bzw. GesundheitsZentrum" die die Integrierte Versorgung der Versicherten in den Mittelpunkt rückt, folgenden Abschlußsatz in Ihrem Brief.

"In die Überlegungen zu dieser Strukturreform werde ich auch Ihre Anregungen einbeziehen".

Das dies geschehen ist, darüber gibt es keinen Zweifel.

- Die verbesserte Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch Versorgungsverträge und die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen.
- Die mittelfristige Einführung eines umfassenden Preissystems (Fallpauschalen) mit vereinbarten Mengen im Krankenhausbereich.
- Die Einführung eines prospektiven regionalen Gesamtbetrages für die Krankenhausvergütung.

In den übrigen Versorgungsbereichen ergeben sich weitere kurz-/mittel- oder langfristige Einsparungspotentiale. Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung durch umfassendes Qualitätsmanagement, Evolution medizinischer Technologien, sowie gezielteren Einsatz des Medizinischen Dienstes.

Aufwertung der Prävention und Zahnerhaltung gegenüber Zahnersatz im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung.

Die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung durch Einführung einer Positivliste, die Umstellung der Arznei- und Heilmittelbudget's auf ein "Benchmarking-System", sowie die gesetzliche Verpflichtung von Apotheken zur Abgabe von Reimport-Arzneimittel.

Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung eines effizienten Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung, die Risikoselektion zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung vermeiden soll.

Anmerkung in eigener Sache:

Am 17. Dezember 1998 schrieb uns die Bundesministerin für Gesundheit Andrea Fischer in einer Stellungnahme zu unserer **bereits seit 1995** in Entwicklung befindlichen "Neuen Praxisform PraxisZentrum bzw. GesundheitsZentrum" die die Integrierte Versorgung der Versicherten in den Mittelpunkt rückt, folgenden Abschlußsatz in Ihrem Brief.

"In die Überlegungen zu dieser Strukturreform werde ich auch Ihre Anregungen einbeziehen".

Das dies geschehen ist, darüber gibt es keinen Zweifel.

Autor: Werner Conrad

PCTS PLAN SYSTEMS TREUHAND CONSULT GmbH
Status 07/2004


BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

221-44014-10

Geschäftszeichen (Bei allen Antworten bitte angeben)

Postanschrift: Bundesministerium für Gesundheit - 53108 Bonn

Bonn, den 17. Dezember 1998

Tel.: (0228) 941-2213 oder 941-0

Fax: (0228) 941-4922 oder 941-4900

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihr Schreiben vom 6. November 1998, dessen Beantwortung sich wegen vordringlicher Gesetzesarbeiten verzögert hat, danke ich Ihnen. Wie Sie sicherlich aus den Medien entnommen haben, war es die Absicht der neuen Bundesregierung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, zunächst die aus Ihrer Sicht von der letzten Bundesregierung eingeführten unsocialen Härten kurzfristig zurückzunehmen. Dies ist mit der Vorlage des Solidaritätsstärkungsgesetzes geschehen.

Die Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben sich in ihrer Koalitionsvereinbarung darauf verständigt, im nächsten Jahr eine Strukturreform anzugehen. In dieser Strukturreform sollen diejenigen Dinge aufgegriffen werden, die nach Ansicht der Koalition dazu beitragen können, die Gesundheit für alle bezahlbar zu halten, einen Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu stoppen und die Beiträge dauerhaft zu stabilisieren. Der Koalitionsvertrag enthält die Elemente, die nach der Ansicht von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN diesen Zielen dienen.

In die Überlegungen zu dieser Strukturreform werde ich auch Ihre Anregungen einbeziehen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag


Kastenholz

Hauptgebäude
Am Propsthoof 78 a
Bonn

Telex
8869355

Telefax
(0228) 941-4900
oder Telefaxdurchwahl

Anhang

Textauszüge aus dem vom Bundestag
verabschiedeten Gesetz zur Gesundheitsreform

SGB 5 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (V)

§ 137d Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

(1) Für stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

(1a) Für Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

(2) Für Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen nach § 23 Abs. 2 oder § 40 Abs. 1 erbringen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2.

(3) Die Vertragspartner haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen genügen, und die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen berücksichtigt sind. Bei Vereinbarungen nach Absatz 1 ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

SGB 5 § 140 Eigeneinrichtungen

(1) Krankenkassen dürfen der Versorgung der Versicherten dienende Eigeneinrichtungen, die am 1. Januar 1989 bestehen, weiterbetreiben.

(2) Sie dürfen neue Eigeneinrichtungen nur errichten, soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können. Die Krankenkassen oder ihre Verbände dürfen Eigeneinrichtungen auch dann errichten, wenn mit ihnen der Sicherstellungsauftrag nach § 72a Abs. 1 erfüllt werden soll.

SGB 5 § 140a Integrierte Versorgung

(1) Integrierte Versorgungsformen auf Grund der Verträge nach den §§ 140b und 140d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140d.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden. Dieses Recht besteht auch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern und ihren Zusammenschlüssen.

SGB 5 § 140b Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen können mit den in Absatz 2 genannten Vertragspartnern Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen. Die Vertragspartner haben die Integrationsversorgung nach Maßgabe des Absatzes 4 und, soweit sie die vertragsärztliche Versorgung einschließt, der auf Grund von § 140d getroffenen Rahmenvereinbarungen zu regeln. In den Verhandlungen über den Abschluss eines Vertrages nach Satz 1 können sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen.

Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte, die Vertragspartner nach Satz 1 sind, können mit der Verteilung der auf die Gemeinschaft entfallenden Vergütungen oder Vergütungsanteile ihre Kassenärztliche Vereinigung beauftragen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

- Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Trägern zugelassener Krankenhäuser, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer, abgeschlossen werden.

(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und der Ausschuss nach § 137c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben.

(4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Wird infolge einer Vereinbarung nach Satz 1 für das Krankenhaus ein Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung oder nach § 3 oder § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht vereinbart, sind die von den Krankenkassen gemeinsam mit dem Krankenhausträger in einem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.

SGB 5 § 140c Vergütung

(1) Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen der einbezogenen Leistungen in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.

(2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierbare Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

SGB 5 § 140d Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über die integrierte Versorgung nach § 140a ab. Zu vereinbaren sind insbesondere:

1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der integrierten Versorgung,
2. Regelungen zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags auf der Basis der nach §§ 135a, 136a, 136b und 137e Abs. 3 bestimmten Richtlinien,
3. Regelungen über die inhaltlichen Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte sowie Regelungen zur Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2, wenn die integrierte Versorgung nach § 140b Abs. 1 eine oder mehrere der in § 73 Abs. 2 Nr. 1 und 3 bis 12 genannten Leistungen einschließt,
4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung sowie Regelungen zur rechnerischen Bereinigung der Gesamtvergütungen, die sicherstellen, dass Gesamtvergütungen entsprechend einem in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab bereinigt werden, soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind. Die Regelungen zur Vergütung und zur Bereinigung haben die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

(2) Die Vertragspartner haben die Rahmenvereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 2000 zu treffen. Kommt bis zu diesem Zeitpunkt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt das Bundesschiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

SGB 5 § 140e Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Rahmenvereinbarung über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140a schließen, soweit sie Leistungen der stationären Versorgung einschließt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung schließen.

SGB 5 § 140f Bereinigung, Ausgleiche

- (1) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 85 haben die Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der Rahmenvereinbarung nach § 140d Abs. 1 Nr. 4 rechnerisch zu bereinigen.
 (2) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.
 (3) (weggefallen)

SGB 5 § 140g Bonus in der integrierten Versorgung

Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie die Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben und die Versorgungsform zu Einsparungen geführt hat. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere zu dem Anspruch der Vertragspartner auf den Anteil ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140b und 140d zu regeln.

SGB 5 § 140h Auswertung der integrierten Versorgung

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der integrierten Versorgung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards veranlassen.

SGB 5 § 141 Konzertierte Aktion

- (1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln gemeinsam mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen
1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
 2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- und stimmen diese miteinander ab (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Auf der Grundlage der medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten sind die einzelnen Versorgungsbereiche nach der Vorrangigkeit ihrer Aufgaben, insbesondere hinsichtlich des Abbaus von Überversorgung und des Ausgleichs von Unterversorgung, zu bewerten und Möglichkeiten zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.
- (2) Die Konzertierte Aktion gibt Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, auch über die Veränderung der Vergütungen. Die Empfehlungen können für die Dauer eines Jahres oder für einen längeren Zeitraum abgegeben werden. In den Empfehlungen sind die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die Beteiligten berichten über die durchgeführten Maßnahmen und erzielten Ergebnisse.
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände der Länder und der kommunalen Spitzenverbände sowie je einen Vertreter der Gesundheitshandwerker, der Heilmittelerbringer, des Kur- und Bäderwesens, der Pflegeberufe, der freien Wohlfahrtspflege, der Behindertenverbände und der Verbraucherverbände. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sind zu beteiligen. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gibt sich mit mindestens drei Viertel der Stimmen ihrer Mitglieder eine Geschäftsordnung.

SGB 5 § 142 Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzentrierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.