

Hinweise zur Meldung von abgeschlossenen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V gegenüber der Registrierungsstelle (BQS)

Die nachfolgenden Regelungen gelten für Verträge, welche den gesetzlichen Voraussetzungen der §§ 140a ff. SGB V in der Fassung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes entsprechen.

Gemäß § 3 Abs. 1 der Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V meldet eine Krankenkasse abgeschlossene Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V der Registrierungsstelle.

Zur Vertragsmeldung ist ein von der Registrierungsstelle herauszugebender Meldebogen zu verwenden, der folgende Angaben enthält:

- a) Vertragsbezeichnung,
- b) Vertragsgegenstand (z.B. Indikation),
- c) Vertragspartner,
- d) Vertragsbeginn/-dauer,
- e) Versorgungsregion,
- f) geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus § 140a ff. SGB V sowie relevanter Kalkulationsgrundlagen (insbesondere geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten),
- g) aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird.

Nachfolgende Hinweise sollen das Ausfüllen der vereinbarten Meldebögen erleichtern.

Vertragsbezeichnung

Die Angabe der Vertragsbezeichnung dient der Identifizierbarkeit des Vertrages sowohl hinsichtlich des Inhaltes und der Vertragspartner [beteiligte Krankenkasse(n) oder ihr(e) Verband, Leistungserbringer (Krankenhaus, Ärzte oder Therapeuten etc.)] als auch der Vertragsdauer (Ursprungs-, Folge-, oder Anschlussvertrag).

Vertragsgegenstand (z.B. Indikation)

Die Beschreibung des Vertragsgegenstandes dient der näheren Abgrenzung des Vertragsinhaltes. Aus der Beschreibung des Vertrages und/oder der berücksichtigten Indikation sollte sich bereits ableiten lassen, ob es sich bei dem Vertragsinhalt um vorwiegend ambulante und/oder stationäre Leistungen handelt.

Beispiele:

- invasivkardiologische Versorgung unter Beteiligung von Hausärzten, Internisten, Kardiologen und Krankenhäusern **oder** invasivkardiologische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich
- endoprothetische Versorgung (Hüftgelenk) unter Beteiligung von Orthopäden, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen
- ambulante und stationäre endoprothetische Versorgung durch Krankenhäuser

Hinweise zur Meldung von abgeschlossenen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V gegenüber der Registrierungsstelle (BQS)

Vertragspartner

Unter der Angabe der Vertragspartner sind die den Vertrag abschließenden Parteien (z.B. Krankenkasse, Krankenhaus, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren, einzelne Ärzte und Therapeuten) namentlich aufzuführen.

Vertragsbeginn/-dauer

Die Angaben zum Vertragsbeginn müssen sowohl den Vertragbeginn, die geplante Laufzeit des Vertrages sowie bei befristeten Verträgen deren Befristungsdatum beinhalten.

Darüber hinaus muss das Datum, ab dem die Abzugsquote in Ansatz gebracht wird, angegeben werden (Abzugsdatum).

Erforderlich sind diese Angaben, da durch § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmt ist, dass der bis zu 1 von Hundert betragenden Abzug von den zu entrichtenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung nur für (bereits) geschlossene Verträge nach § 140a SGB V zu Anwendung kommen kann.

Ein Abzug von den Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen kann nur ab dem Abzugsdatum erfolgen. Der Abzug von der Gesamtvergütung bezieht sich sowohl auf die Abschlagszahlungen als auch auf die entsprechenden Restzahlungen aufgrund der Endabrechnung für die relevanten Zeiträume. Aufgrund der Abrechnungsmodalitäten im KV-Bereich wird empfohlen, als Datum für den Beginn des Abzuges den Quartalsbeginn zu wählen.

Im stationären Sektor sind alle Fälle, die ab dem Abzugsdatum aufgenommen werden, von der Rechnungskürzung betroffen.

Vertragskündigungen bzw. -beendigungen sind unverzüglich der Meldestelle mitzuteilen.

Versorgungsregion

Zur Abgrenzung der relevanten Versorgungsregion sind die von der Kürzung betroffenen KV-Bezirke anzukreuzen. Die relevante Versorgungsregion soll sich grundsätzlich am Wohnort der Versicherten orientieren, an die sich das Versorgungsangebot richtet.

Geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung der Leistungen aus § 140a ff. SGB V sowie relevanter Kalkulationsgrundlagen

Zur Schätzung des relevanten Vergütungsvolumen sollen die Meldungen über Verträge nach § 140a SGB V Angaben enthalten über die

- Art der vereinbarten Vergütungsform (Einzelleistung, Komplexpauschale, Mischform etc.),
- Umfang der vereinbarten Vergütung, bezogen auf das Kalenderjahr,
- Geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten, bezogen auf das Kalenderjahr.

Die gemeldeten Daten gelten für das benannte Kalenderjahr. Sie werden auch für Auskünfte in den folgenden Kalenderjahren verwendet, bis anders lautende Meldungen erfolgen.

Hinweise zur Meldung von abgeschlossenen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V gegenüber der Registrierungsstelle (BQS)

Aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird

Die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Abzugsquote ist gemäß § 3 Abs. 4 der Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V in den jeweiligen Versorgungsregionen einheitlich auf alle Zahlungen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser anzuwenden.

Die nach diesem Verfahren ermittelte Quote ist einheitlich auf alle relevanten Zahlungen an die jeweiligen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder betroffenen Krankenhäuser anzuwenden.

Beispiel:

Eine Krankenkasse hat einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V abgeschlossen.

Vertragspartner sind ein Krankenhaus in Berlin und zwei Ärztenetze mit Sitz in Berlin und Brandenburg. Angesprochen werden mit dem Vertrag Versicherte in Berlin und Brandenburg. Daher sind die Versorgungsregionen Berlin und Brandenburg einbezogen.

Der Vertrag hat für das Kalenderjahr 2004 ein Vergütungsvolumen in Höhe von 2 Mio. Euro (Zahl der kalkulierten, teilnehmenden Versicherten x erwartetes Finanzvolumen pro Versicherten).

Zur Ermittlung der Abzugsquote ist das Ausgabevolumen der Krankenkasse in den Versorgungsregionen Berlin und Brandenburg zu ermitteln. Es teilt sich wie folgt auf:

	Region Berlin	Region Brandenburg	Gesamt
KV-Gesamtvergütung	100 Mio. Euro	50 Mio. Euro	
Krankenhausausgaben	150 Mio. Euro	100 Mio. Euro	
Ausgabevolumen	250 Mio. Euro	150 Mio. Euro	400 Mio. Euro
Vergütungsvolumen für die integrierte Versorgung			2 Mio. Euro
Abzugsquote			0,5 %

Die Abzugsquote wird in den Versorgungsregionen (KV-Bezirke) Berlin und Brandenburg gleichermaßen auf Kürzungen für Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser angewandt.