

BQS Bundesgeschäftsstelle
 Qualitätssicherung gGmbH
 Registrierungsstelle § 140d
 Kanzlerstr. 4

40472 Düsseldorf

Fax: 0211-28 07 29 99

Datum:

**Meldung über einen Vertrag zur integrierten Versorgung
 (Meldeverfahren für Neuverträge ab dem 1.4.2007)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melden wir gemäß § 3 der Vereinbarung über die Fortführung der gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V folgende Daten über einen gemäß §§ 140a ff. SGB V abgeschlossenen Vertrag zur integrierten Versorgung:

1. Der Vertrag trägt die Bezeichnung:

2.1. Der Vertrag hat zum Gegenstand (z. B. Indikationen):

2. 2. Dieser Vertragsgegenstand wird in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems folgender Klassifikation zugeordnet (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Augen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Atemwege
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Kreislaufsystems	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungssystems	<input type="checkbox"/> Erkrankungen von Leber-, Gallenwegen u. Pankreas	<input type="checkbox"/> Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
<input type="checkbox"/> Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	<input type="checkbox"/> hormonellen oder Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/> Erkrankungen von Niere und Harnwegen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane
<input type="checkbox"/> Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft, Geburt	<input type="checkbox"/> Erkrankungen von Neugeborenen	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der blutbildenden Organe
<input type="checkbox"/> Myeloproliferative Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Infektionen und parasitäre Erkrankungen	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Erkrankungen durch Alkohol u. Drogen	<input type="checkbox"/> Verletzungen, Vergiftungen (ohne Drogen)	<input type="checkbox"/> Polytraumatische Versorgungen	<input type="checkbox"/> Verbrennungen
<input type="checkbox"/> sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen		<input type="checkbox"/> Vollversorgung	

3.1. Die Partner des Vertrages entnehmen Sie bitte dem beigefügten Rubrum des Vertrages. Darüber hinaus melden wir folgende Vertragspartner:

3.2. Sie können folgenden Kategorien zugeordnet werden (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> einzelne, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und Zahnärzte und einzelne sonstige, nach dem Vierten Kapitel SGB V zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften		<input type="checkbox"/> Träger zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V besteht, Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften	
<input type="checkbox"/> Träger von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder deren Gemeinschaften	<input type="checkbox"/> Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a SGB V durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel SGB V berechnete Leistungserbringer anbieten	<input type="checkbox"/> Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b SGB XI	<input type="checkbox"/> Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften

4. Der Vertrag weist folgende Versorgungsmerkmale auf (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung	<input type="checkbox"/> interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung	<input type="checkbox"/> ist ein Vertrag zur integrierten Versorgung nach §140b Abs. 4 Satz 4 SGB V zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen
--	--	--

5. Der Vertrag beginnt am _____ und endet am _____ bzw. hat eine Dauer von _____.

6. Der Vertrag führt zu einer Rechnungskürzung in folgender Versorgungsregion (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> KV Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> KV Bayern	<input type="checkbox"/> KV Berlin	<input type="checkbox"/> KV Brandenburg
<input type="checkbox"/> KV Bremen	<input type="checkbox"/> KV Hamburg	<input type="checkbox"/> KV Hessen	<input type="checkbox"/> KV Mecklenburg-Vorpommern
<input type="checkbox"/> KV Niedersachsen	<input type="checkbox"/> KV Nordrhein	<input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> KV Saarland
<input type="checkbox"/> KV Sachsen	<input type="checkbox"/> KV Sachsen-Anhalt	<input type="checkbox"/> KV Schleswig-Holstein	<input type="checkbox"/> KV Thüringen
<input type="checkbox"/> KV Westfalen-Lippe	<input type="checkbox"/> Bundesgebiet		

7. Der Vertrag sieht folgende Vergütungsformen vor:

8. Vergütungsvolumen und daraus abgeleitete Abzugsquote:

geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus §§ 140a ff. SGB V in EUR	geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten	aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird in Prozent	Zeitraum von	Zeitraum bis

9. Die einbehaltenen Finanzmittel werden ausschließlich verwendet für (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen von Krankenhäusern	<input type="checkbox"/> ambulante, vertragsärztliche Leistungen	<input type="checkbox"/> Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben
--	--	--

10. Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung wird realisiert: ja nein

10.1. wenn ja, wie folgt (Mehrfachnennung möglich):

<input type="checkbox"/> Versorgung einer größeren Region (z.B. mehrere Stadt- oder Landkreise)	<input type="checkbox"/> das gleiche Versorgungskonzept wird in mehreren Kreisen/kreisfreien Städten angeboten	<input type="checkbox"/> Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankung)	<input type="checkbox"/> Versorgung einer kleineren Region bzgl. eines Großteils oder des gesamten Krankheitsspektrums
---	--	--	--

11. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Ansprechpartner:

Tel.

Fax

E-Mail:

Bei Auskünften bitten wir Sie, den o. g. Ansprechpartner anzugeben.

Die in dieser Meldung gemachten Angaben sind richtig und vollständig. Aktualisierungen werden wir Ihnen unverzüglich mitteilen.

Eine Kopie des Rubrums und der Unterschriftenseite des gemeldeten Vertrages fügen wir bei. Aus diesen gehen die Vertragsparteien, Ort und Datum der Unterschriften und der Titel des Vertrages hervor.

Mit freundlichen Grüßen

.....,
Ort . Datum Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift

Anlage:

Kopie des Rubrums und der Unterschriftenseite des gemeldeten Vertrages