

Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V
--

Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion

Stichtag: **30.06.2005**

	Anzahl Verträge	Anzahl Versicherte	Vergütungsvolumen
KV Baden-Württemberg	148	7.580	19.867.237 €
KV Bayern	60	33.070	30.034.950 €
KV Berlin	37	3.897	7.809.599 €
KV Brandenburg	40	9.413	6.679.629 €
KV Bremen	14	1.365	4.647.096 €
KV Hamburg	39	4.931	8.989.675 €
KV Hessen	108	22.029	45.504.790 €
KV Mecklenburg-Vorpommern	30	2.301	3.879.393 €
KV Niedersachsen	56	4.976	19.603.157 €
KV Nordrhein	133	38.018	27.801.951 €
KV Rheinland-Pfalz	39	8.806	3.344.563 €
KV Saarland	19	81.189	6.185.585 €
KV Sachsen	17	2.624	5.761.273 €
KV Sachsen-Anhalt	46	531.066	23.939.244 €
KV Schleswig-Holstein	43	10.374	14.901.367 €
KV Thüringen	3	255	169.000 €
KV Westfalen-Lippe	38	96.812	19.051.288 €
KV-Regionen mit weniger als 3 Verträgen:	7	1.403.164	48.337.513 €

Gesamtsumme

(inkl. KV-Regionen

mit weniger als 3 Verträgen):

877 2.261.870 296.507.311 €

Verträge, die mehrere Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen haben, werden separat als ein Vertrag mit den von der jeweiligen Krankenkasse gemeldeten Vergütungsvolumina gezählt.

Verträge, die für mehrere KV-Regionen gelten, werden in jeder Region separat gezählt. Werden alle gemeldeten Verträge einfach je Krankenkasse gezählt, ergeben sich folgende Gesamtsummen:

Gesamtsumme

(inkl. KV-Regionen

mit weniger als 3 Verträgen):

841 2.176.295 278.184.640 €

Erläuterungen zur Auswertung

Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion

Die angegebenen Werte sind auf das aktuelle Jahr bezogene Planwerte der Krankenkassen bei Vertragsabschluss. Es handelt sich somit nicht um bereits tatsächlich erreichte Werte.

Ausgewertet werden alle gemeldeten Verträge, bei denen der Stichtag der Auswertung in die Vertragslaufzeit fällt. Verträge, die nach dem Stichtag beginnen oder vor dem Stichtag enden, werden somit nicht ausgewertet.

Verträge zur integrierten Versorgung können überregional für mehrere KV-Regionen gelten. In den Meldungen erfolgt keine Aufteilung der Anzahl der Versicherten und des Vergütungsvolumens auf die betroffenen Regionen. Eine Aufteilung ist daher auch für die Registrierungsstelle nicht möglich. Die Meldungen werden daher in jeder betroffenen KV-Region separat als ein Vertrag¹, in der Summe also mehrfach gezählt. Die Gesamtsummen über alle KV-Regionen sind dementsprechend zu hoch. Zusätzlich werden daher die um die Mehrfachzählung korrigierten Gesamtsummen dargestellt.

Häufig werden Verträge zur integrierten Versorgung von mehreren Krankenkassen geschlossen. In diesem Fall meldet jede Krankenkasse einzeln die auf ihre Versicherten entfallenden Werte. Im Ergebnis wird ein von drei Krankenkassen gemeinsam abgeschlossener Vertrag zur integrierten Versorgung als drei Verträge gezählt. Die „Anzahl Verträge“ ist daher eher als Anzahl Vertragsmeldungen zu interpretieren.

Das Vergütungsvolumen wird in den Meldungen in der Regel bezogen auf das laufende Jahr gemeldet, nicht auf die gesamte Vertragslaufzeit. Dies gilt auch für die Zahl der voraussichtlich teilnehmenden Versicherten.

¹ Bundesweit geltende Verträge zur integrierten Versorgung werden allerdings nicht in jeder KV-Region einzeln sondern einmalig für die „KV-Region Bundesgebiet“ gezählt.

**Gemeinsame Registrierungsstelle
zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V**

**Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung
nach Vertragspartner-Kombination**

Stichtag: 30.06.2005

Anzahl
Verträge

Direkte Vertragspartner auf Kostenträgerseite

Vertrag wurde von einer Krankenkasse geschlossen	470
Vertrag wurde von mehreren Krankenkassen geschlossen	371
Summe:	841

Direkte Vertragspartner auf Leistungserbringerseite

Krankenhaus	244
Niedergelassener Arzt/Krankenhaus	172
Rehabilitation/Krankenhaus	150
Niedergelassener Arzt	85
Sonstige	83
Rehabilitation/Niedergelassener Arzt	67
Rehabilitation/Niedergelassener Arzt/Krankenhaus	40
Summe:	841

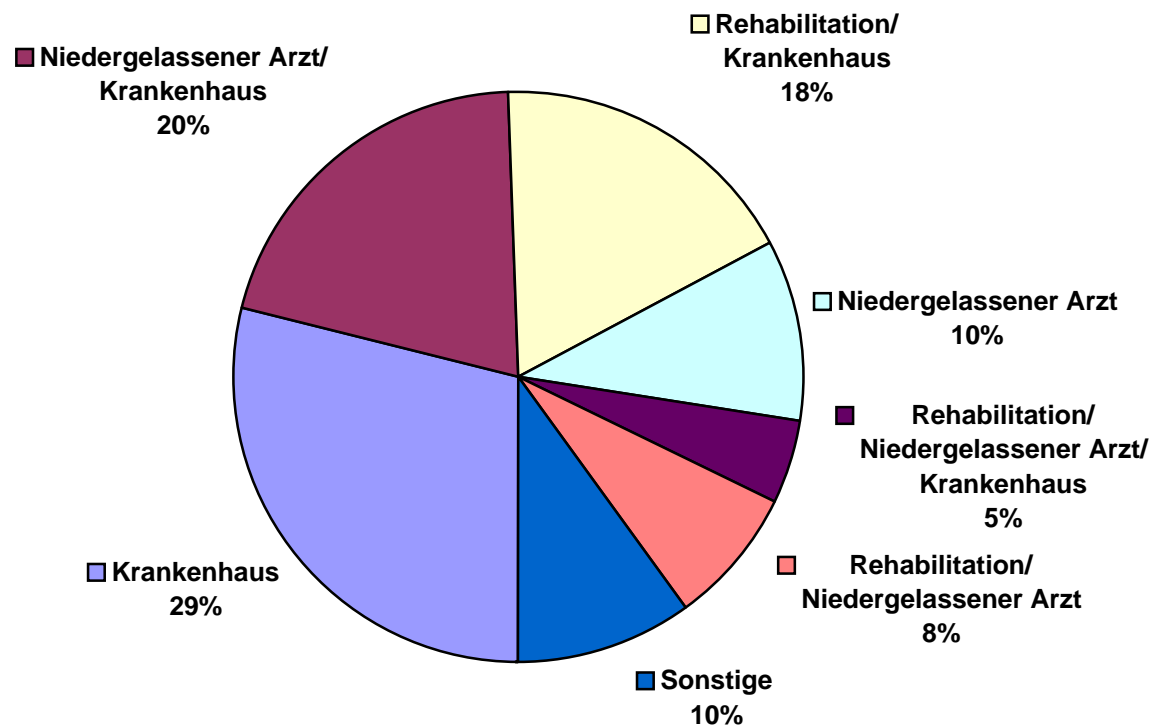
Hinweis:

Efasst werden nur die direkten Vertragspartner der gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung.
Die Daten lassen keinen Rückschluss auf die in der Versorgungskette kooperierenden Leistungserbringer zu.

Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V

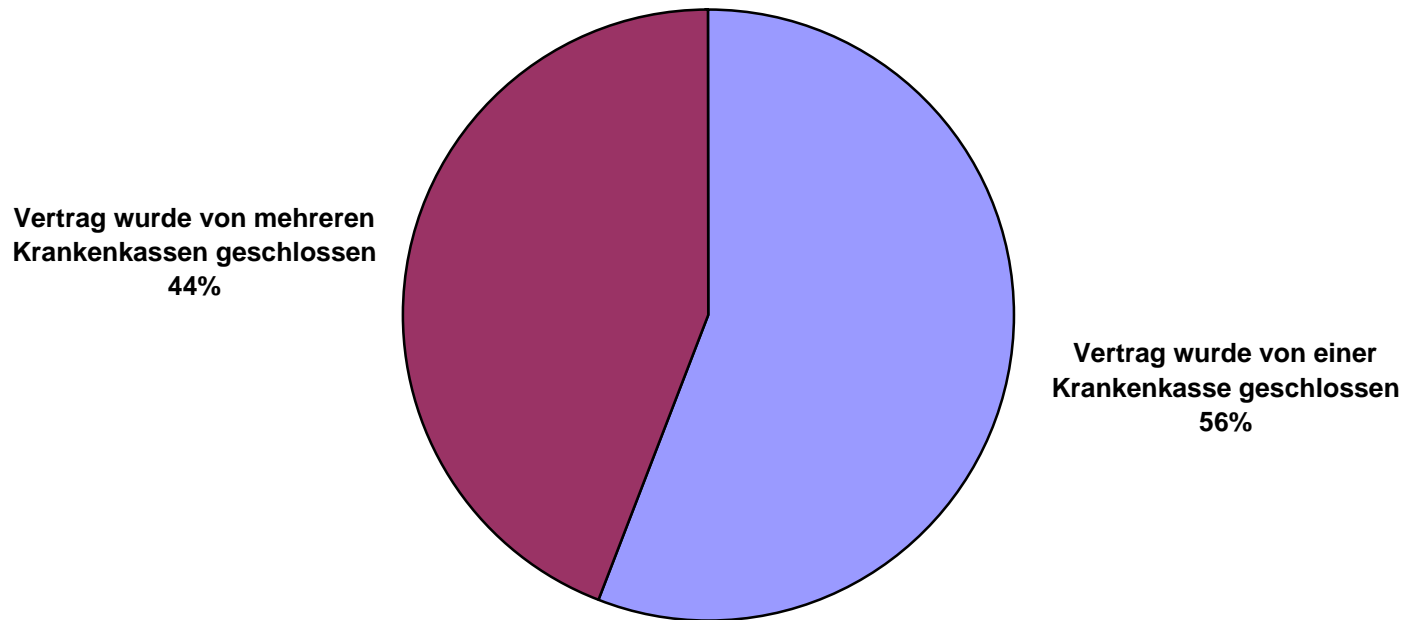
Anteile der Vertragspartner-Kombinationen an gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung - Leistungserbringerseite -

Erfasst werden nur die direkten Vertragspartner der gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung.
Die Daten lassen keinen Rückschluss auf die in der Versorgungskette kooperierenden Leistungserbringer zu.



Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V

Anteile der Vertragspartner-Kombinationen an gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung
- Kostenträgerseite -



Erläuterungen zur Auswertung

Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung nach Vertragspartner-Kombination

Die Werte beziehen sich auf alle zum Stichtag geltenden Verträge. Verträge, die für mehrere KV-Regionen gelten, werden als ein Vertrag gezählt.

Ausgewertet werden die im Rubrum des Vertrages genannten Vertragspartner.

Häufig werden Verträge zur integrierten Versorgung von mehreren Krankenkassen geschlossen. In diesem Fall meldet jede Krankenkasse einzeln die auf ihre Versicherten entfallenden Werte. Im Ergebnis wird ein von drei Krankenkassen gemeinsam abgeschlossener Vertrag zur integrierten Versorgung als drei Verträge gezählt. Die „Anzahl Verträge“ ist daher eher als Anzahl Vertragsmeldungen zu interpretieren.

Direkte Vertragspartner auf Leistungserbringerseite

Ausgewertet wird, welche Vertragspartner auf Leistungserbringerseite direkt als vertrags-schließende Parteien in der Meldung benannt sind. Generalunternehmerverhältnisse können nicht abgebildet werden. Die Daten lassen daher keinen Rückschluss auf die in der Versorgungskette kooperierenden Leistungserbringer zu.

Beispiel:

Ein Krankenhaus schließt als Generalübernehmer mit einer Krankenkasse einen Vertrag zur integrierten Versorgung ab, der stationäre Leistungen, Leistungen der Rehabilitation und der ambulanten Nachsorge umfasst. Das Krankenhaus schließt seinerseits Unterverträge mit Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassenen Ärzten ab. In diesem Fall sind nur das Krankenhaus und die Krankenkasse direkte, in der Meldung genannte Vertragspartner. Der Vertrag wird in der Kategorie „Krankenhaus“ gezählt.

Schließen dagegen ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung und ein niedergelassener Arzt gemeinsam mit einer Krankenkasse einen Vertrag zur integrierten Versorgung, so sind alle genannten direkte, in der Meldung genannte Vertragspartner. Der Vertrag wird in der Kategorie „Rehabilitation/niedergelassener Arzt/Krankenhaus“ gezählt.

Direkte Vertragspartner auf Kostenträgerseite

Ausgewertet wird, ob ein Vertrag von einer Krankenkasse oder von mehreren Krankenkassen gemeinsam geschlossen wurde. Als „von mehreren Krankenkassen gemeinsam geschlossen“ gelten auch die von Landes- oder Bundesverbänden der Krankenkassen geschlossene Verträge, denen die meldende Krankenkasse beigetreten ist.

**Gemeinsame Registrierungsstelle
zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V**

**Auskunftsverfahren:
Anzahl der Teilnehmer und der erteilten Auskünfte**

Stichtag: 30.06.2005

Erteilte Einzelauskünfte an Leistungserbringer:	3.521
davon positiv:	3.245
davon negativ:	276
an Krankenhäuser:	602
an Kassenärztliche Vereinigungen:	21

Erteilte Sammelauskünfte an Leistungserbringer:	1.072
davon positiv:	1.065
davon negativ:	7
an Krankenhäuser:	714
an Kassenärztliche Vereinigungen:	22

Auskunftsanfragende Leistungserbringer:	1.002
Krankenhäuser:	979
Kassenärztliche Vereinigungen:	23

Teilnehmer E-Mail-Verteiler Sammelauskunft:	525
Anzahl Mitarbeiter von Krankenhäusern:	498
Anzahl Mitarbeiter von Kassenärztlichen Vereinigungen:	27

Erläuterungen zur Auswertung

Auskunftsverfahren: Anzahl der Teilnehmer und der erteilten Auskünfte

Die Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V hat zum 01. April 2004 ihre Arbeit aufgenommen. Ausgewertet werden alle vom 01.04.2004 bis zum Stichtag erteilten Auskünfte der Registrierungsstelle.

Auskunfts berechtigt sind Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen, die von einer Rechnungskürzung betroffen sind. Diese können zu einzelnen Verträgen eine Einzelauskunft oder stichtagsbezogen Sammelauskünfte anfordern.

Erteilte Einzelauskünfte bzw. Sammelauskünfte

Ausgewertet wird die Zahl der seit Arbeitsaufnahme der Registrierungsstelle erteilten Einzel- und Sammelauskünfte, unterteilt nach Empfänger „Krankenhaus“ bzw. „Kassenärztliche Vereinigung“.

„davon positiv“: Auskünfte, bei denen die Registrierungsstelle zu den Anfragen passende Meldungen vorliegen hatte und diese als Auskunft dem Leistungserbringer übermittelt hat.

„davon negativ“: Auskünfte, bei denen die Registrierungsstelle keine zu den Anfragen passenden Meldungen vorliegen hatte und dies als Auskunft dem Leistungserbringer mitgeteilt hat.

Auskunfts anfragende Leistungserbringer

Ausgewertet wird die Zahl der Teilnehmer am Auskunftsverfahren, also der Krankenhäuser oder Kassenärztlichen Vereinigungen, die mindestens einmal eine Einzel- oder Sammelauskunft angefordert haben.

Die Anzahl der anfragenden Leistungserbringer ist niedriger als die Gesamtsumme der Leistungserbringer, die Einzel- oder Sammelauskünfte angefordert haben, da in vielen Fällen die gleichen Institutionen sowohl Einzel- als auch Sammelauskünfte angefordert haben.

Teilnehmer E-Mail-Verteiler Sammelauskunft:

Seit Dezember 2004 können Leistungserbringer Sammelauskünfte regelmäßig zu Monatsbeginn per E-Mail „im Abonnement“ zugesandt bekommen. Diese Verfahrenserleichterung wird intensiv genutzt. Dargestellt wird die Anzahl der am E-Mail-Verfahren teilnehmenden Mitarbeiter aus Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen.