

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

**Entwicklung der integrierten Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland
2004 - 2008**

—

**Bericht gemäß § 140d SGB V
auf der Grundlage der Meldungen
von Verträgen zur integrierten Versorgung**

Datenbank-Stand: 30.06.2009

Autor: Diplom-Volkswirt Franz-Josef Grothaus

Inhalt

1	Zusammenfassung	7
1.1	Hintergrund	7
1.2	Ergebnisse Zeitraum 2004 - 2008	7
1.3	Ergebnisse Zeitraum April 2007 - 2008	9
1.4	Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung der Jahre 2004 und 2005	10
2	Grundlagen	11
2.1	Hintergrund	11
2.1.1	Gesetzliche Grundlage bis zum 31.03.2007	11
2.1.2	Aufgaben der Registrierungsstelle bis 31.03.2007	11
2.1.3	Gesetzliche Grundlage ab dem 01.04.2007	12
2.1.4	Zusätzliche Aufgabe der Registrierungsstelle ab 01.04.2007	12
2.2	Gliederung des Berichts	13
3	Zeitraum 2004 - 2008	15
3.1	Anzahl der Verträge	15
3.2	Laufzeiten der Verträge	16
3.3	Teilnehmende Versicherte und Vergütungsvolumina	17
3.4	Regionale Schwerpunkte integrierter Versorgung	18
3.5	Vertragspartner-Kombinationen	21
3.5.1	Leistungserbringer	21
3.5.2	Kostenträger	23
4	Zeitraum April 2007 – Dezember 2008 (Angaben gem. GKV-WSG)	25
4.1	Vertragsgegenstände der Integrationsverträge	25
4.1.1	Klassifikation der Vertragsgegenstände (zum 31.12.2008)	26
4.1.2	Vergleich Neuabschlüsse der Jahre 2007 und 2008	29
4.1.3	Regionale Verteilung der MDC-Kategorien	31
4.2	Bevölkerungsbezogene Flächendeckung	37
4.3	Kategorien Vertragspartner	38
4.4	Versorgungsmerkmale	41
4.5	Verwendungszweck der einbehaltenen Finanzmittel	43

5	Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung der Jahre 2004 und 2005	45
5.1	Einbehaltene Finanzmittel/Ausgaben der Krankenkassen	45
5.2	Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen	47
5.3	Plan/Ist – Vergleich der Finanzierung der Integrierten Versorgung	48
6	Datengrundlage	50
6.1	Zur Verfügung stehende Daten und ihre Eignung für Auswertungen	50
6.1.1	Meldung von Verträgen zur integrierten Versorgung – Version bis 31.03.2007	50
6.1.2	Meldung von Verträgen zur integrierten Versorgung – Version seit 01.04.2007 – Angaben gemäß GKV-WSG	52
6.1.3	Meldung von Verträgen zur integrierten Versorgung – Zusammenfassung	54
6.1.4	Meldung zur Mittelverwendung	55
6.2	Vollständigkeit – Meldung von Verträgen zur integrierten Versorgung	56
6.2.1	Teilnahme der Krankenkassen	56
6.2.2	Vorliegende Meldungen	57
6.3	Vollständigkeit – Meldung zur Mittelverwendung	58
6.4	Einschränkungen der Interpretierbarkeit	58
6.4.1	Mehrfachangaben	59
6.4.2	Tatsächliche Vertragsanzahl	61
6.4.3	Zusammenfassung	65
7	Tabellenanhang	66
7.1	Zeitraum 2004 - 2008 (aktualisierte Auswertungen der Registrierungsstelle)	67
7.2	Zeitraum 04/2007 - 12/2008 (Angaben gem. GKV-WSG)	75
7.3	Mittelverwendung 2004/2005	92
8	Anhang	95
8.1	Gesetzliche Grundlagen	95
8.1.1	§ 140a – d SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung	95
8.1.2	§ 140a – d SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung	98
8.2	Vertragliche Grundlagen	103
8.2.1	Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V vom 11.12.2003	103
8.2.2	Vereinbarung über die Fortführung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V vom 09.01.2008	108
8.2.3	Meldebögen	113
8.3	Literaturverzeichnis	130

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter je Vertrag (nach Region)	19
Abbildung 2:	Geschätztes Vergütungsvolumen je teilnehmendem Versicherten (nach Region)	19
Abbildung 3:	Anteile der Vertragspartner-Kombinationen (Leistungserbringer) 2004 - 2008	22
Abbildung 4:	Entwicklung der Anteile der Vertragspartner-Kombinationen (Leistungserbringer) 2004 - 2008	23
Abbildung 5:	Entwicklung der Anteile der Vertragspartner-Kombinationen (Kostenträger)	24
Abbildung 6:	Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – prozentuale Anteile an der Summe „Vertrag einzeln gezahlt“ der Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 und Vertragsende am oder nach dem 31.12.2008 (vgl. Tabelle A28)	28
Abbildung 7:	Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems der in 2007 bzw. 2008 abgeschlossenen Verträgen zur integrierten Versorgung	30
Abbildung 8:	Regionale Verteilung: Top-3-MDC nach prozentualem Anteil der auf die jeweilige Region entfallenden Vertragsmeldungen, bezogen auf die Summe der Meldungen über alle Regionen	33
Abbildung 9:	Regionale Verteilung: Top-3-MDC und geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter in Prozent aller gesetzlich Versicherten der jeweiligen Region	35
Abbildung 10:	Regionale Verteilung: Top-3-MDC und geschätztes Vergütungsvolumen pro gesetzlich Versichertem in der jeweiligen Region	36
Abbildung 11:	Geschätztes Vergütungsvolumen für Integrationsverträge, Einnahmen aus der Anschubfinanzierung und für Integrationsverträge getätigte Ausgaben	49
Abbildung 12:	Auswertbare Daten in Meldungen zu Integrationsverträgen	54
Abbildung 13:	Vertragsmeldung bis 31.03.2007, S.1	113
Abbildung 14:	Vertragsmeldung bis 31.03.2007, S.2	114
Abbildung 15:	Vertragsmeldung ab 01.04.2007, S.1	119
Abbildung 16:	Vertragsmeldung ab 01.04.2007, S.2	120
Abbildung 17:	Vertragsmeldung ab 01.04.2007, S.3	121
Abbildung 18:	Meldung zur Mittelverwendung, S.1	128
Abbildung 19:	Meldung zur Mittelverwendung, S.2	129

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung 2004 - 2008	15
Tabelle 2:	Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und Vergütungsvolumen 2004 bis 2008	17
Tabelle 3:	Vertragspartner-Kombinationen (Leistungserbringerseite) – kumulierte Werte	21
Tabelle 4:	Vertragspartner-Kombinationen (Kostenträgerseite) – kumulierte Werte	24
Tabelle 5:	Kategorien einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung	38
Tabelle 6:	Zuordnung der Vertragspartner	39
Tabelle 7:	Zuordnung der mit Pflegekassen oder Pflegeeinrichtungen geschlossenen Integrationsverträge zu MDC	40
Tabelle 8:	Zuordnung der Versorgungsmerkmale	42
Tabelle 9:	Zuordnung der Verträge zur ambulanten Versorgung in Krankenhäusern zu MDC-Kategorien	43
Tabelle 10:	Verwendung der einbehaltenen Finanzmittel	44
Tabelle 11:	Angaben der Krankenkassen zur Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung 2004	46
Tabelle 12:	Angaben der Krankenkassen zur Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung 2005	46
Tabelle 13:	Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung (Mio. Euro)	48
Tabelle 14:	Plan-Ist-Vergleich der Finanzierung der Integrierten Versorgung (Mio. Euro)	48
Tabelle 15:	Teilnahme an der Registrierung	57
Tabelle 16:	Auswirkung von Mehrfachangaben bei der regionalen Zuordnung	60
Tabelle 17:	Modellrechnung: Unterschätzung der Absolutwerte (fiktive Daten)	62
Tabelle 18:	Modellrechnung: Überschätzung der Durchschnittswerte (fiktive Daten)	63
Tabelle 19:	Interpretationseinschränkungen aufgrund der Struktur der Meldungen	64
Tabelle A20:	Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung	67
Tabelle A21:	Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter	68
Tabelle A22:	Geschätztes Vergütungsvolumen (Tsd. Euro)	69
Tabelle A23:	Durchschnittlich geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter pro Vertrag	70
Tabelle A24:	Durchschnittlich geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter in % aller GKV-Versicherten in der Region	71
Tabelle A25:	Durchschnittlich geschätztes Vergütungsvolumen pro Vertrag (Euro)	72
Tabelle A26:	Durchschnittlich geschätztes Vergütungsvolumen pro GKV- Versichertem in der Region (Euro)	73
Tabelle A27:	Durchschnittlich geschätztes Vergütungsvolumen pro geschätztem teilnehmenden Versicherten (Euro)	74
Tabelle A28:	Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 und Vertragsende am oder nach dem 31.12.2008	75
Tabelle A29:	Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007	77
Tabelle A30:	Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.01.2008	79
Tabelle A31:	Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Vergleich der	

	Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 bzw. 01.01.2008 – Veränderung der Anteilswerte	81
Tabelle A32:	Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Vergütungsvolumen, teilnehmende Versicherte pro Vertrag, Einzelkosten der Leistung in zum 31.12.2008 in Kraft befindlichen Verträgen	83
Tabelle A33:	Top-3-MDC je Region nach Anzahl gemeldeter Verträge	85
Tabelle A34:	Top-3-MDC je Region nach Anteilen am geschätzten Vergütungsvolumen	88
Tabelle A35:	Top-3-MDC je Region nach Anteilen an der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter	90
Tabelle A36:	Regionale Aufteilung der Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung 2004 (Tsd. Euro)	92
Tabelle A37:	Regionale Aufteilung der Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung 2005 (Tsd. Euro)	93
Tabelle A38:	Gesetzlich Versicherte nach Versorgungsregion (Tsd. Versicherte)	94

1 Zusammenfassung

1.1 Hintergrund

Der vorliegende Bericht liefert Informationen zur integrierten Versorgung nach §§ 140a - d SGB V in den Jahren 2004 bis 2008. Die gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V erfüllt damit den gesetzlichen Auftrag, einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung zu erstellen.

Die Auswertungen wurden auf der Grundlage der von den gesetzlichen Krankenkassen übermittelten Meldungen zu Verträgen zur integrierten Versorgung und zur Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung erstellt. Diese Daten wurden nicht mit der Zielsetzung einer umfassenden und spezifischen Berichterstattung über die Entwicklung der integrierten Versorgung erhoben. Die in diesem Zusammenhang übermittelten Daten werden nunmehr für die Berichterstattung über die Entwicklung der integrierten Versorgung genutzt.

Es besteht keine Gewähr, dass alle abgeschlossenen Verträge von den Krankenkassen vollständig gemeldet wurden. Die Registrierung ist nicht Voraussetzung für den Abzug. Ebenso bleiben die inhaltlichen Auskunftsrechte der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser, direkt Auskunft von Krankenkassen anzufordern, unbeschränkt bestehen.

Andererseits werden aufgrund der Zulässigkeit von Mehrfachangaben in den Meldungen an die Registrierungsstelle die Werte in den Auswertungen tendenziell zu hoch ausgewiesen.

Die berichteten Ergebnisse können daher nur Tendenzen der Entwicklung abbilden.

1.2 Ergebnisse Zeitraum 2004 - 2008

Im Berichtszeitraum haben sich bis zu 75% der Krankenkassen am Verfahren beteiligt und Meldungen zu Integrationsverträgen übermittelt. Sie repräsentieren aufgrund ihres Marktanteils ca. 95% der gesetzlich Versicherten. Alle Krankenkassen, die der Registrierungsstelle Verträge zur integrierten Versorgung meldeten, haben auch über die Verwendung der einbehaltenen Mittel berichtet.

Zum Auswertungstichtag lagen 6.407 Meldungen zu Integrationsverträgen, die zum Ende des Jahres 2008 noch in Kraft waren, vor. Durchschnittlich wurden jährlich 1.500 Verträge neu abgeschlossen.

Die Verträge wurden überwiegend unbefristet abgeschlossen. Zur Nachhaltigkeit der Verträge über den Berichtszeitraum hinaus können keine Angaben gemacht werden.

60% der Verträge wurden von Krankenkassen-Gemeinschaften abgeschlossen, 40% von einer Krankenkasse allein. An 2/3 der gemeldeten Verträge war der niedergelassene Bereich und an 50% der gemeldeten Verträge der stationäre Bereich als direkter Vertragspartner beteiligt.

In den Meldungen wurde von den Krankenkassen angegeben, mit welcher Anzahl teilnehmender Versicherter und mit welchem Vergütungsvolumen sie in dem jeweiligen Integrationsvertrag rechnen. Hierbei handelt es sich um Planwerte bzw. Schätzungen zur zukünftigen Inanspruchnahme der gemeldeten Verträge. Die Krankenkassen rechneten 2008 mit 4 Mio. teilnehmenden Versicherten und Ausgaben in Höhe von 811 Mio. Euro.

Hinsichtlich der Vertragsgegenstände dominieren Verträge zur indikationsübergreifenden Versorgung oder des ambulanten Operierens. Bezogen auf das Vergütungsvolumen dominieren hingegen Versorgungsangebote zur Durchführung kardiologischer, neurochirurgischer sowie orthopädisch-unfallchirurgischer Leistungen.

Auch auf regionaler Ebene sind Schwerpunkte erkennbar. In den Versorgungsregionen Bayern, Berlin, Brandenburg, Saarland und Sachsen wurden wenige Verträge mit einer hohen Anzahl geschätzter teilnehmender Versicherter abgeschlossen. Eine überdurchschnittlich hohe Zahl aller in der GKV Versicherten wurden in Verträge mit indikationsübergreifenden Versorgung einbezogen.

Demgegenüber wurden in den Versorgungsregionen Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Thüringen verhältnismäßig viele Verträge mit einer pro Vertrag geringen Anzahl geschätzter teilnehmender Versicherter abgeschlossen. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Verträge mit indikationsbezogenen Schwerpunkten. Diese Verträge sprechen eine geringere Anzahl Versicherte an, so dass das Vergütungsvolumen pro Versichertem überdurchschnittlich hoch ist.

1.3 Ergebnisse Zeitraum April 2007 - 2008

Um nach Inkrafttreten des GKV-WSG¹ den erweiterten gesetzlichen Anforderungen² gerecht zu werden, wurde der Meldebogen überarbeitet und erweitert. Zu Verträgen, die ab April 2007 beginnen, stehen somit Daten für weitergehende Auswertungen zur Verfügung. Vertragsgegenstände konnten nun in Anlehnung an die MDC³ des G-DRG-Systems kategorisiert werden und weitergehende regionale Auswertungen wurden möglich.

Die größte Bedeutung in der integrierten Versorgung sowohl hinsichtlich der Anzahl der Verträge als auch mit Bezug auf das geschätzte Vergütungsvolumen und die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter haben Verträge zur Behandlung der Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe. Ebenfalls von großer Bedeutung sind Leistungen zur Behandlung der Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie des Nervensystems. Dies gilt für Deutschland insgesamt ebenso wie für die einzelnen Versorgungsregionen.

Bezogen auf die Anzahl der Vertragsmeldungen betrifft jede vierte Meldung die palliativmedizinische Versorgung. Diese Verträge kommen ausschließlich in den Versorgungsregionen Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein, Sachsen und Westfalen-Lippe zur Anwendung. Nimmt man jedoch das geschätzte Vergütungsvolumen und die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter als Kriterium, ist die Palliativmedizin in der integrierten Versorgung eher von untergeordneter Bedeutung.

Die Möglichkeit, Integrationsverträge mit Pflegekassen oder Pflegeeinrichtungen abschließen zu können, wurde nur in sehr geringem Maße genutzt. Auch die vom Gesetzgeber gewünschte Öffnung der integrierten Versorgung für die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser konnte im Beobachtungszeitraum nur begrenzt umgesetzt werden.

¹ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

² vgl. Kapitel 2.1.3 bzw. 6.1.2

³ MDC: Major Diagnostic Category, Hauptdiagnosegruppen entsprechend der Kapiteleinteilung in den Definitionshandbüchern des deutschen DRG-Systems

1.4 Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung der Jahre 2004 und 2005

Die Krankenkassen sind verpflichtet, Auskunft über die Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung zu geben, wenn sie entsprechende Einbehalte vorgenommen haben. Die Ausgaben müssen nur bis zur Höhe der Einnahmen aus der Anschubfinanzierung gemeldet werden. Viele Krankenkassen haben jedoch die Gesamtsumme ihrer Ausgaben gemeldet. Die einbehaltenen Mittel müssen in einem Zeitraum von drei Jahren verwendet oder zurückgezahlt werden.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern wurden in den Jahren 2004 und 2005 insgesamt 336 Mio. Euro zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsformen von der Vergütung abgezogen. Diese Mittel wurden nach Angaben der Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2007 nahezu komplett für Integrationsverträge verwendet, so dass nur in Ausnahmefällen einbehaltene Mittel zurückgezahlt werden müssen.

Für die Jahre 2004 bis 2006 haben 35 Krankenkassen Gesamtausgaben in Höhe von 177 Mio. Euro gemeldet. Für die Jahre 2005 bis 2007 haben 89 Krankenkassen Ausgaben von 443 Mio. Euro gemeldet.

Vergleicht man die Angaben zu den tatsächlichen Ausgaben mit den für die Jahre 2004 bzw. 2005 gemeldeten geschätzten Vergütungsvolumina der Integrationsverträge, so kann festgestellt werden, dass die tatsächlichen Ausgaben zwar unter, aber dennoch nah an den ursprünglichen Schätzungen liegen.

2 Grundlagen

2.1 Hintergrund

2.1.1 Gesetzliche Grundlage bis zum 31.03.2007

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) wurden die rechtlichen Grundlagen für integrierte Versorgungsformen völlig neu geregelt. Mit dem § 140d SGB V wurden den Krankenkassen zur Förderung der integrierten Versorgung finanzielle Mittel zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsverträge zur Verfügung gestellt.

Die Anschubfinanzierung wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern durch Kürzungen der Gesamtvergütungen bzw. durch Rechnungskürzungen von bis zu 1% aufgebracht. Die Krankenkassen hatten Kürzungen vorzunehmen, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung erforderlich waren. Einbehaltene, aber innerhalb von drei Jahren nicht verwendete Mittel müssen zurückgezahlt werden.

Seitens der Krankenkassen besteht somit die Notwendigkeit, gegenüber den von einer Zahlungskürzung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern die Berechtigung im Sinne einer Verwendung für integrierte Versorgungsformen darzulegen. Gleichzeitig haben die Leistungserbringer ein berechtigtes Interesse, Zahlungskürzungen nachvollziehen zu können.

2.1.2 Aufgaben der Registrierungsstelle bis 31.03.2007

Vor diesem Hintergrund vereinbarten die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Dezember 2003 die „Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V“ (im Folgenden: Registrierungsstelle). Ziel der Vertragspartner war es, mit der Registrierungsstelle den Krankenkassen einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern andererseits eine neutrale Institution und ein einfaches Verfahren zur Verfügung zu stellen, mit dem die Existenz von Integrationsverträgen als Grundlage für Zahlungskürzungen dargelegt werden kann. Die Meldungen beinhalten Angaben zu den Vertragsinhalten, Vertragspartnern und den relevanten Kalkulationsgrundlagen. Eine Prüfung der Meldung auf inhaltliche Richtigkeit erfolgte nicht.

Die Auswertungen beinhalten Angaben zur regionalen Verteilung der Anzahl der gemeldeten Verträge, der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter und des geschätzten Vergütungsvolumens sowie zu den beteiligten Vertragspartnern der gemeldeten Verträge (aktualisierte Auswertungen vgl. Kapitel 3).

2.1.3 Gesetzliche Grundlage ab dem 01.04.2007

Mit dem zum 01.04.2007 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) wurden die Anforderungen an Integrationsverträge und die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung neu geregelt.

Zusätzlich wurden in Umsetzung des neu gefassten Abs. 5 des § 140d SGB V die Aufgaben der Registrierungsstelle erweitert.

Zum einen sind die Krankenkassen verpflichtet, der Registrierungsstelle „die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel“ darzulegen. Daher kann mit den zusätzlichen Daten der Registrierungsstelle nunmehr nicht nur die Zahl der angebotenen integrierten Versorgungsformen geschätzt werden, sondern – in eingeschränktem Maße – die Verwendung der einbehaltenen Mittel und damit die tatsächliche Durchführung der integrierten Versorgung dargestellt werden.

2.1.4 Zusätzliche Aufgabe der Registrierungsstelle ab 01.04.2007

Zum anderen wurde die Registrierungsstelle beauftragt, „... einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung“ vorzulegen, der „... auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten“ soll. Von den Vertragspartnern der Registrierungsstelle wurde daher der Meldebogen überarbeitet mit dem Ziel, zu allen Integrationsverträgen, die nach Inkrafttreten des GKV-WSG abgeschlossen wurden, die vom Gesetzgeber formulierten Zielvorgaben abzubilden.

Dieser Bericht wird hiermit in Abstimmung mit der Lenkungsgruppe der gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V vorgelegt. Die Lenkungsgruppe besteht aus Vertretern der folgenden Institutionen:

- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- AOK-Bundesverband
- BKK Bundesverband

- IKK Bundesverband
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- GKV-Spitzenverband

Bei der Entwicklung und Erstellung des Berichtes musste die Registrierungsstelle jeweils eine Abwägung treffen zwischen dem allgemeinen Interesse auf transparente Berichterstattung einerseits und der Vertragspartner der Integrationsverträge auf vertrauliche Behandlung der gemeldeten Daten andererseits.

Daher wurde auf die Erstellung und Veröffentlichung von Auswertungen verzichtet, die Rückschlüsse auf einzelne Vertragspartner oder deren Verbände ermöglichen (z. B. Kassenarten, Klinikgruppen, Arztgruppen etc.). Auskünfte über Einzelheiten der Meldungen werden von der Registrierungsstelle nur im Rahmen des vertraglich vereinbarten Auskunftsverfahrens den konkret von einer Kürzung betroffenen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen erteilt.

2.2 Gliederung des Berichts

Der Bericht zur Entwicklung der integrierten Versorgung gliedert sich in drei Abschnitte:

In den Kapiteln 3 und 4 wird die Entwicklung der integrierten Versorgung anhand der von den Krankenkassen gemeldeten Planwerte dargestellt. In Kapitel 3 werden die über den gesamten Erhebungszeitraum der Registrierungsstelle (2004 – 2008) gleich bleibenden bzw. vergleichbaren Daten dargestellt, welche auf den Meldungen entsprechend der Rechtslage vor dem 01.04.2007 basieren. In Kapitel 4 werden die mit Inkrafttreten des GKV-WSG zusätzlich erhobenen Daten ausgewertet. Diese Daten stehen dementsprechend nur für den Zeitraum vom 01.04.2007 bis 31.12.2008 zur Verfügung (vgl. Kapitel 6.1).

Eine gesonderte Auswertung der Meldungen zur Verwendung der einbehalten Mittel für integrierte Versorgungsformen wird in Kapitel 5 vorgestellt. Diese Daten stehen zum Berichtszeitpunkt nur für die Jahre 2004 bis 2007 zur Verfügung.

Schließlich werden im Kapitel 6 die Datengrundlagen beschrieben und Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse gegeben.

Detaillierte Auswertungen zur regionalen Verteilung und zur Verteilung der Vertragsgegenstände wurden – zur besseren Übersichtlich-

keit und im Sinne einer besseren Lesbarkeit des beschreibenden Textes – im Tabellenanhang am Ende des Berichtes zusammengestellt. Dabei werden zur Wahrung der Vertraulichkeit der Daten Angaben nur dann veröffentlicht, wenn die jeweilige Kategorie in mehr als drei Meldungen genannt wird.

3 Zeitraum 2004 - 2008

Die folgenden Darstellungen sind auf das Jahresende bezogene Neuberechnungen der von der Registrierungsstelle in den Jahren 2005 bis 2008 im Internet veröffentlichten Auswertungen⁴.

3.1 Anzahl der Verträge

Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Abschlüsse von Verträgen zur integrierten Versorgung.

Zum Berichtsstichtag liegen der Registrierungsstelle 6.407 Meldungen vor, die Integrationsverträge betreffen, die zum Ende des Jahres 2008 noch in Kraft waren. Die Anzahl der gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung ist in den zurückliegenden Jahren nahezu kontinuierlich gestiegen.

Die Zahl der im jeweiligen Kalenderjahr neu abgeschlossenen Verträge liegt im Mittel bei ca. 1.500 Verträgen, Ausnahmen bilden das Jahr 2005 mit fast 2.000 Verträgen und das letzte Jahr der Anschubfinanzierung 2008, in dem nur noch 756 Verträge neu abgeschlossen wurden.

Tabelle 1: Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung 2004 - 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
vorliegende Meldungen zu Verträgen zur integrierten Versorgung ⁵	1.477	3.454	4.875	6.074	6.407
davon Meldungen zu Verträgen mit Beginn ab dem 01.04.2007				756	1424
davon im jeweiligen Kalenderjahr gemeldet		1.913	3.309	5.069	6.183 ⁶
davon im Kalenderjahr neu abgeschlossene Verträge ⁷	1.374 ⁸	1.995	1.597	1.652	756

⁴ vgl. www.register-140d.de

⁵ kumulierte Werte; es werden alle Meldungen zu Verträgen gezählt, die zum 31.12. des jeweiligen Jahres in Kraft waren

⁶ 224 Verträge wurden 2009 nachträglich gemeldet

⁷ Vertragsbeginn im jeweiligen Kalenderjahr, Vertragsende im jeweiligen Kalenderjahr oder später bzw. unbefristete Verträge

⁸ Vertragsbeginn in den Jahren 2000 bis 2003: 103 Meldungen

Der deutliche Anstieg der Meldungen im Jahre 2005 ist damit zu erklären, dass integrierte Versorgungsformen und die entsprechenden Verträge mit Start des Verfahrens im Jahre 2004 zunächst entwickelt werden mussten und dann häufig erst im Jahre 2005 zum Abschluss kamen.

Detaillierte Ergebnisse zur regionalen Entwicklung zeigen Tabelle A20 bis Tabelle A22. Die dort angegebenen Kennzahlen sind auf das aktuelle Jahr bezogene Planwerte der Krankenkassen bei Vertragsabschluss. Es handelt sich somit nicht um bereits tatsächlich realisierte Werte.

Eine Neuberechnung der Kennzahlen auf Basis der mittlerweile vorliegenden Datenbasis ist erfolgt, weil zahlreiche Vertragsabschlüsse nachträglich gemeldet wurden, die in den Quartalsauswertungen noch nicht enthalten waren. Dadurch hat sich die Datenbasis erheblich verändert (vgl. Kapitel 6.2.2).

Dies verdeutlicht ein Vergleich der in Tabelle 1, Zeile 1 dargestellten Zahl der zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres in Kraft befindlichen Verträge mit den in den jeweiligen Jahren von der Registrierungsstelle im Internet veröffentlichten Auswertungen (Tabelle 1, Zeile 3). Die quartalsweise veröffentlichten Auswertungen wurden jeweils zeitnah auf der Basis der zum Veröffentlichungszeitpunkt aktuell vorliegenden Meldungen erstellt. So lagen der Registrierungsstelle am 03.02.2006 insgesamt 1.913 Vertragsmeldungen für das Jahr 2005 vor, während aktuell für das gleiche Jahr 3.454 Verträge gemeldet sind. Das entspricht einer Rate rückwirkend gemeldeter Verträge von 45%. Diese Rate nahm in den folgenden Jahren systembedingt ab. Sie betrug für 2006 32% und für 2007 noch 17%. Die Differenz im Jahr 2008 ergibt sich aus im ersten Quartal 2009 eingegangenen Meldungen zu 2008 abgeschlossenen Verträgen.

Insgesamt liegen der Registrierungsstelle 7.491 Vertragsmeldungen vor. Davon ist in 1.084 Meldungen ein Vertragsende vor dem 31.12.2008 eingetragen.

3.2 Laufzeiten der Verträge

Die Mehrzahl der Verträge wurde von vornherein unbefristet abgeschlossen (5.436 von 7.491; 73%). Tatsächlich dürfte die Zahl der unbefristet abgeschlossenen Verträge noch höher liegen, da teilweise lediglich aus organisationstechnischen Gründen ein Vertragsende angegeben wurde. Dies ist bei Veränderungen der Vertragsbasis der Fall, wenn zwei Krankenkassen, die einem Vertrag beigetreten war-

en, fusionierten oder wenn die Versorgungsregionen, für die der Vertrag gilt (relevant für die Durchführung von Abzügen) geändert wurden⁹.

3.3 Teilnehmende Versicherte und Vergütungsvolumina

In den Meldungen wurde von den Krankenkassen angegeben, mit welcher Anzahl teilnehmender Versicherter und mit welchem Vergütungsvolumen sie in dem Integrationsvertrag rechnen. Hierbei handelt es sich um Planwerte bzw. Schätzungen zur zukünftigen Inanspruchnahme der gemeldeten Verträge. Die Krankenkassen rechneten 2008 mit 4,036 Mio. teilnehmenden Versicherten und Ausgaben in Höhe von ca. 811 Mio. Euro (Tabelle 2).

Die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter wird wesentlich bestimmt von nur wenigen Verträgen mit einer hohen Teilnehmerzahl. Von den zum Ende 2008 noch in Kraft befindlichen 6.407 Verträgen wird nur bei 32 Verträgen mit mehr als 10.000 teilnehmenden Versicherten gerechnet. Doch repräsentierten diese Verträge mit insgesamt geschätzt 3,75 Mio. teilnehmender Versicherter 93% der Gesamtzahl der teilnehmenden Versicherten.

Tabelle 2: Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und Vergütungsvolumen 2004 bis 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter in Verträgen zur integrierten Versorgung (in Tausend)	679	2.973	3.762	3.956	4.036
geschätztes Vergütungsvolumen in Verträgen zur integrierten Versorgung (in Mio. Euro)	248	498	650	768	811

Es handelt sich bei diesen Verträgen im Wesentlichen um Verträge zur indikationsübergreifenden Versorgung oder zum ambulanten Operieren. Der Anteil dieser Verträge am gesamten geschätzten Vergütungsvolumen ist mit 17% (135 Mio. Euro) allerdings unterdurchschnittlich. Diese Verträge sehen im Schnitt ein Vergütungsvolumen in Höhe von 110 Euro pro teilnehmendem Versicherten vor.

⁹ In diesen Fällen wurden die Meldungen neu erfasst mit dem entsprechenden Vertragsbeginn (Vertragsende „Altvertrag“ entspricht Vertragsbeginn „Neuvertrag“)

Ebenfalls bezogen auf die zum Jahresende 2008 noch in Kraft befindlichen Verträge liegen 168 Meldungen zu Verträgen mit einem geschätzten Vergütungsvolumen von jeweils 1 Mio. Euro oder darüber vor. Die Gesamtsumme der Vergütungsvolumina dieser Verträge beträgt 426 Mio. Euro. Dies entspricht ca. 53% des gesamten geschätzten Vergütungsvolumens. Die geschätzte Anzahl der an diesen Verträgen teilnehmenden Versicherten beträgt 3,6 Mio. Versicherte (ca. 89% der Gesamtsumme). Inhaltlich handelt es sich bei diesen Verträgen neben der bereits erwähnten indikationsübergreifenden Versorgung vornehmlich um Versorgungsangebote zur Durchführung kardiologischer, neurochirurgischer sowie orthopädisch-unfallchirurgischer Leistungen.

3.4 Regionale Schwerpunkte integrierter Versorgung

Die regionale Verteilung hinsichtlich der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter und des geschätzten Vergütungsvolumens zeigt unterschiedliche Schwerpunktsetzungen.

Werden die Angaben zur geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter und zum geschätzten Vergütungsvolumen miteinander beziehungsweise mit der Gesamtzahl gesetzlich Versicherter verknüpft, werden Größeneffekte relativiert und regionale Unterschiede deutlich (Tabelle A23 bis Tabelle A27). Die regionale Verteilung der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter je Vertrag zur integrierten Versorgung (Tabelle A23) ist in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

Regionen, in denen Verträge mit einer hohen Anzahl geschätzter teilnehmender Versicherter abgeschlossen wurden, unterscheiden sich deutlich von Regionen mit einer pro Vertrag geringen Anzahl geschätzt teilnehmender Versicherter.

In den Versorgungsregionen Bayern, Berlin, Brandenburg, Saarland und Sachsen wird eine überdurchschnittlich hohe Zahl Versicherter von Angeboten zur integrierten Versorgung angesprochen. Hintergrund sind hier wieder die Verträge mit indikationsübergreifenden Versorgung.

Die regionale Verteilung ändert sich deutlich, wenn statt der Kennzahl Versicherte pro Vertrag das geschätzte Vergütungsvolumen pro Versichertem betrachtet wird (Tabelle A27). Diese ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 1: Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter je Vertrag (nach Region)

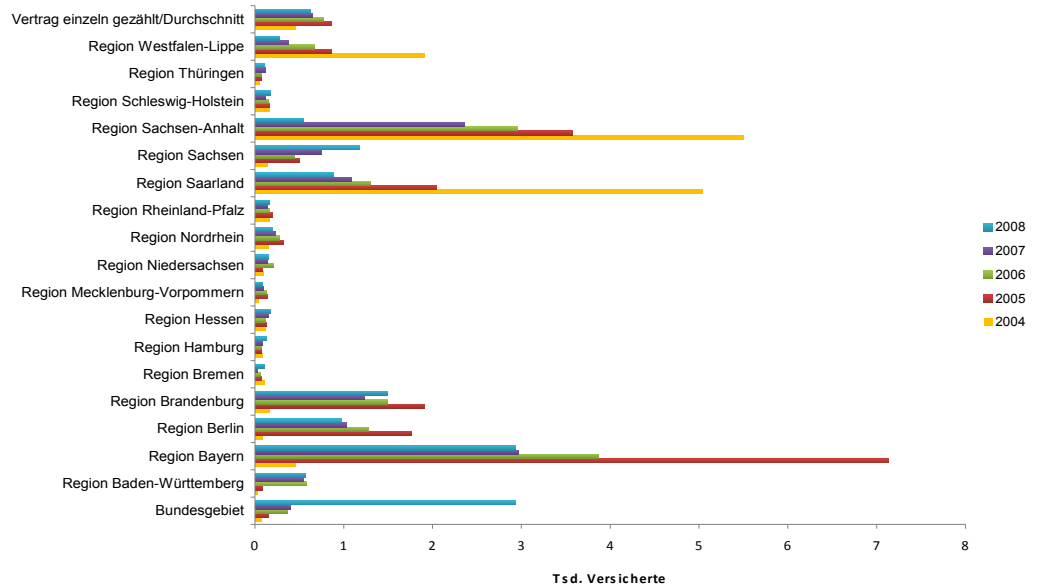
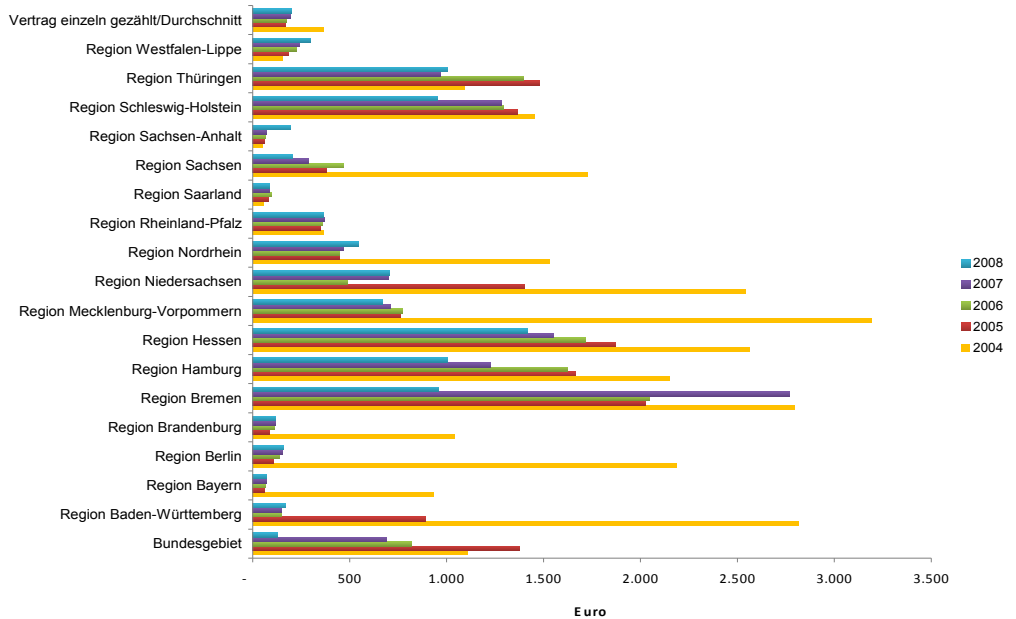


Abbildung 2: Geschätztes Vergütungsvolumen je teilnehmendem Versicherten (nach Region)



In den Versorgungsregionen Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Thüringen werden vorwiegend Verträge mit indikationsbezogenen Schwerpunkten angeboten. Diese Verträge sprechen eine verhältnismäßig geringe Anzahl Versicherter an, bieten diesen aber eine umfassende Therapie mit vergleichsweise hohen Kosten. Daher ist in

diesen Regionen das Vergütungsvolumen pro Versichertem überdurchschnittlich hoch.

Diese Beobachtungen werden nicht von den Angaben zur bevölkerungsbezogenen Flächendeckung in den Meldungen neu abgeschlossener Verträge nach Inkrafttreten des GKV-WSG gestützt, da die überwiegende Mehrzahl der Verträge vor dem 01.04.2007 geschlossen und daher von der Meldung nicht erfasst wird (vgl. Kapitel 4.2).

Die auf die Versorgungsregionen entfallenden Absolutwerte der Anzahl Meldungen, geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und des geschätzten Vergütungsvolumens können Tabelle A20 bis Tabelle A22 entnommen werden.

Regionale Anteile werden durch Mehrfachnennungen in Meldungen zu überregionalen Verträgen überhöht. Mehrfachnennungen betreffen grundsätzlich alle Versorgungsregionen, doch sind Schwerpunkte zu beobachten:

- Verträge werden häufig für die Stadtstaaten und deren Nachbarstaaten gemeinsam abgeschlossen, also
 - Bremen, Niedersachsen
 - Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern
 - Berlin, Brandenburg.
- Die – seit 2006 – nur noch in Nordrhein-Westfalen bestehende Aufteilung eines Bundeslandes in mehrere kassenärztliche Regionen wird von den Vertragspartnern häufig aufgehoben und Verträge auf die Versorgungsregionen Nordrhein und Westfalen-Lippe gemeinsam bezogen.
- Es werden häufig länderübergreifende Kooperationen in Südwestdeutschland geschlossen, insbesondere
 - Rheinland-Pfalz, Saarland und
 - Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg.

Darüber hinaus treten Mehrfachnennungen häufig dann auf, wenn die Vertragspartner auf Seiten der Leistungserbringer in grenznahen Gebieten der jeweiligen Versorgungsregion ansässig sind.

3.5 Vertragspartner-Kombinationen

3.5.1 Leistungserbringer

Die Vertragspartner auf Seiten der Leistungserbringer werden von der Registrierungsstelle aufgrund ihrer Bezeichnungen verschiedenen Kategorien zugeordnet. Auf Basis dieser Zuordnung wird dargestellt, in welcher Anzahl die jeweiligen Leistungserbringer/Leistungserbringergruppen an Integrationsverträgen beteiligt sind.

Dabei können jedoch nur die Vertragspartner erfasst werden, die als direkte Vertragspartner den Vertrag mit den Kostenträgern abgeschlossen haben. Nicht erfasst sind die Leistungserbringer, die einem Vertrag beigetreten sind oder nachgelagerte Versorgungsleistungen erbringen. Aus den Daten kann daher nur bedingt auf die in der Versorgungskette kooperierenden Leistungserbringer geschlossen werden.

Tabelle 3: Vertragspartner-Kombinationen (Leistungserbringerseite)¹⁰ – kumulierte Werte

	2004	2005	2006	2007	2008
Krankenhaus	345	663	846	1.005	1.001
Niedergelassener Arzt/Krankenhaus	219	587	832	1.168	1.182
Rehabilitation/Krankenhaus	319	622	703	723	714
Niedergelassener Arzt	220	547	1.193	1.724	1.932
Rehabilitation/Niedergelassener Arzt/Krankenhaus	71	151	187	183	182
Rehabilitation/Niedergelassener Arzt	104	210	176	182	180
Sonstige	199	674	938	1.089	1.216

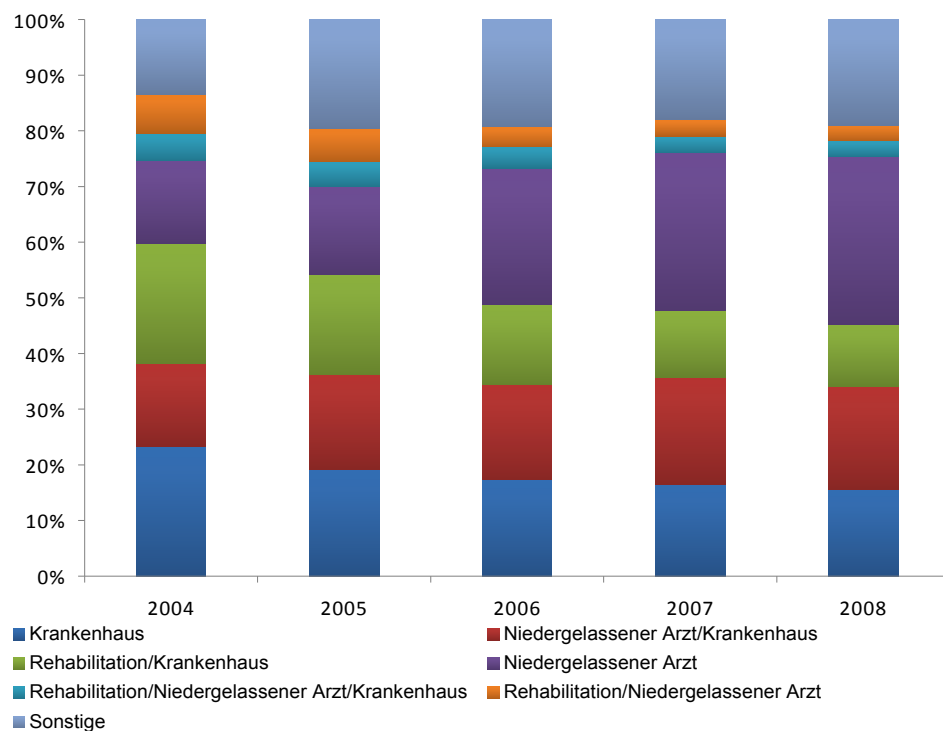
Abbildung 3 stellt die Anteile der wichtigsten Vertragspartner-Gruppen jahresbezogen dar. Von den Ende des Jahres 2008 in Kraft befindlichen Verträgen wurden 30% allein mit niedergelassenen (Vertrags-)Ärzten geschlossen. Rechnet man alle Vertragspartner-Kombinationen, in denen niedergelassene Ärzte vertreten sind (ein-

¹⁰ 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.

schließlich der in der Gruppe „Sonstige“ zusammengefassten Vertragspartner-Gruppen), zusammen, beträgt ihr Anteil sogar 64%.

Der Anteil der allein mit Krankenhäusern geschlossenen Verträge beträgt demgegenüber zum Ende des Jahres 2008 noch 16%. Aber auch Krankenhäuser sind in zahlreichen unterschiedlichen Kombinationen an integrierten Versorgungsformen beteiligt. Zusammen genommen beträgt ihr Anteil 54%¹¹.

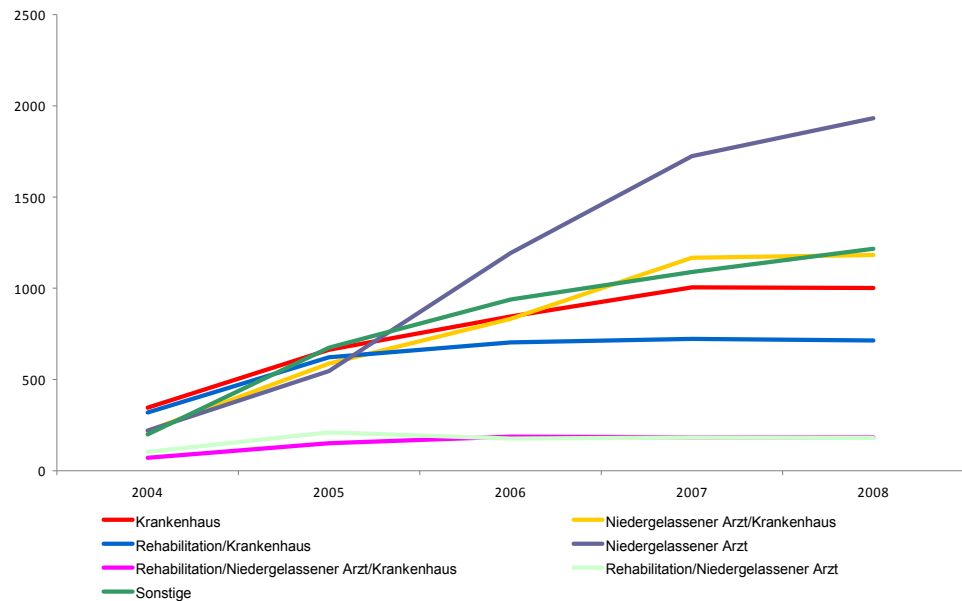
Abbildung 3: Anteile der Vertragspartner-Kombinationen (Leistungserbringer) 2004 - 2008



Der Anteil der Krankenhäuser ist im Vergleich zu den übrigen Leistungserbringern über die Jahre kontinuierlich gesunken, auch wenn die Zahl der Vertragsabschlüsse absolut gestiegen ist. 2004 betrug der Anteil der Krankenhäuser noch 23%. Es wird deutlich, dass zu Beginn der Anschubfinanzierung die Mehrzahl der Verträge mit Krankenhäusern geschlossen wurden. Im Verlauf der Jahre ging die (relative) Bedeutung der Krankenhäuser jedoch zurück. Im Jahr 2008 ging die Zahl der Verträge mit ausschließlicher Beteiligung von Krankenhäusern absolut sogar leicht zurück. Abbildung 4 stellt die Entwicklung graphisch dar.

¹¹ Einschließlich der in der Gruppe „Sonstige“ zusammengefassten Vertragspartner-Gruppen

Abbildung 4: Entwicklung der Anteile der Vertragspartner-Kombinationen (Leistungserbringer) 2004 - 2008



3.5.2 Kostenträger

Auf Seiten der Kostenträger wurde ungefähr die Hälfte der gemeldeten Verträge von einer Krankenkasse allein geschlossen und die andere Hälfte von mehreren Krankenkassen im Verbund (Tabelle 4).

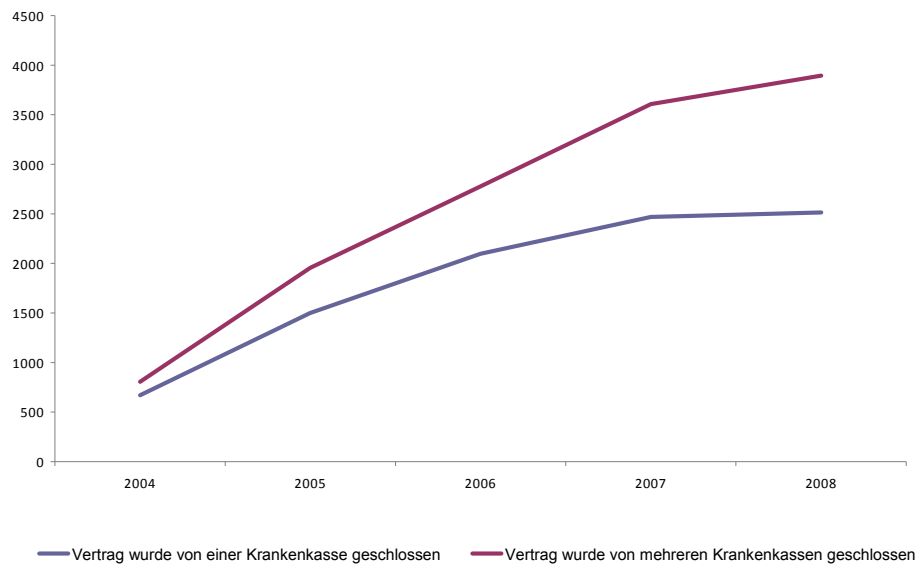
Verträge, die von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen werden, werden häufig von den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen verhandelt und abgeschlossen. Die jeweiligen Mitgliedskassen können diesen Verträgen dann beitreten. Es ist davon auszugehen, dass kleinere Krankenkassen aus Kapazitätsgründen häufig die Entwicklung, Verhandlung und den Abschluss von Integrationsverträgen an ihre Landes- oder Bundesverbände übertragen. Daneben werden Integrationsverträge auch gemeinsam verhandelt und vereinbart, beispielsweise um sich als Kassenart entsprechend zu positionieren (kassenartspezifische Zusammenschlüsse). Darüber hinaus gibt es auch kassenartenübergreifende Zusammenschlüsse, beispielsweise, um in einer kleinen Region innovative fach- bzw. sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zu entwickeln und zu erproben.

Tabelle 4: Vertragspartner-Kombinationen (Kostenträgerseite) – kumulierte Werte

	2004	2005	2006	2007	2008
Vertrag wurde von einer Krankenkasse geschlossen	671	1.500	2.098	2.468	2.514
Vertrag wurde von mehreren Krankenkassen geschlossen	806	1.954	2.777	3.606	3.893

Bei den von einer Krankenkasse allein geschlossenen Verträgen handelt es sich häufig um Krankenkassen mit einer großen Mitgliederbasis, die über eigene Kapazitäten für die Entwicklung, Verhandlung, den Abschluss und die weitere Verwaltung von Integrationsverträgen verfügen.

Abbildung 5: Entwicklung der Anteile der Vertragspartner-Kombinationen (Kostenträger)



Der Anteil der von mehreren Krankenkassen geschlossenen Verträge nimmt zwar im Verlauf der Jahre kontinuierlich zu (von 55% auf 61% – Abbildung 5). Doch spiegelt sich hierin eher die Zunahme von Vertragsmeldungen durch kleinere Krankenkassen wider, als stärkere Aktivitäten von Krankenkassenverbänden (vgl. Kapitel 6.2).

4 Zeitraum April 2007 – Dezember 2008 (Angaben gem. GKV-WSG)

Der an den Neuregelungen des GKV-WSG ausgerichtete Meldebogen wurde von der Lenkungsgruppe der Registrierungsstelle im März 2008 beschlossen.

Nach Festlegung des neuen Meldebogens hat die Registrierungsstelle die meldenden Krankenkassen gebeten, die Meldungen zu Verträgen, die in die Geltung des GKV-WSG fallen, zu aktualisieren. Bei nachfolgenden Neumeldungen wurde grundsätzlich das neue Meldeformular verwendet bzw. nachgefordert, wenn in Einzelfällen die Meldung auf dem für diese Verträge ungültigen „alten“ Formular erfolgte. Durch fehlende Aktualisierung und teilweise fehlende Einzelangaben trotz Nutzung des neuen Meldeformulares ergeben sich bei den Auswertungen unterschiedliche Vollständigkeitsgrade.

Im Zeitraum April bis Dezember 2007 wurden 757 Verträge neu geschlossen und der Registrierungsstelle gemeldet. Davon endeten 38 Verträge zum 31.12.2007, einer vor Jahresfrist und sieben weitere vor dem 31.12.2008. Im Jahr 2008 wurden 714 Verträge abgeschlossen und gemeldet, davon endete einer vor Jahresfrist. Die Auswertungen beziehen sich immer auf die Verträge, die im jeweiligen Jahr abgeschlossen und zum Jahresende noch in Kraft waren. Somit bilden 756 Verträge die Grundgesamtheit für das Jahr 2007 und 713 Verträge die Grundgesamtheit für das Jahr 2008¹².

Die Ergebnisse 2007 und 2008 unterscheiden sich – mit Ausnahme der Vertragsgegenstände – nur marginal voneinander, da die Mehrzahl der 2007 geschlossenen Verträge auch 2008 in Kraft waren. Daher basieren die Auswertungen der Kapitel 4.2 bis 4.5 auf allen in 2007 und 2008 abgeschlossenen 1.424 Verträgen, die zum 31.12.2008 noch in Kraft waren.

4.1 Vertragsgegenstände der Integrationsverträge

Klassifikation gemäß MDC-Klassifikation des G-DRG-Systems

Zur Kategorisierung des Vertragsgegenstandes wurde von der Lenkungsgruppe ein System in Anlehnung an die Hauptdiagnosegruppen

¹² Es werden nur nach GKV-WSG abgeschlossene Vertragsmeldungen ausgewertet. Zu den Differenzen vgl. die Erläuterungen in Kapitel 3.3.

gemäß der MDC-Klassifikation des G-DRG-Systems eingesetzt, da diese als allgemein bekannt vorausgesetzt werden konnten. Zusätzlich wurde die Kategorie „Vollversorgung“ aufgenommen, um damit Verträge zu klassifizieren, die der Intention des Gesetzgebers entsprechend „in einer auch kleineren Region das gesamte oder einen Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer integrierten Versorgung“¹³ ermöglichen.

Die bisher übliche freitextliche Beschreibung des Vertragsgegenstandes wurde zusätzlich beibehalten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass es gut möglich war, den Inhalt der Verträge zu klassifizieren, indem eine oder zumindest wenige MDC-Klassen angegeben wurden.

Sonderkategorie Palliativversorgung

Problematisch im Meldesystem ist die Zuordnung von Verträgen zur Palliativversorgung, die indikationsunabhängig sind und für die es im MDC-Katalog keine eigene Kategorie gibt. Die Überprüfung der Daten zur Klassifikation des Vertragsgegenstandes ergab bei Verträgen, die aufgrund der freitextlichen Beschreibung des Vertragsgegenstandes der Palliativversorgung zugerechnet werden konnten, eine extreme Häufung von Mehrfachnennungen. Bei Meldungen zu diesen Verträgen wurden im Durchschnitt acht verschiedene Kategorien angegeben, zusätzlich zur Kategorie „sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen“, die in fast allen Meldungen angegeben wurde¹⁴. Da dies 156 Meldungen im Jahr 2007 und 370 Meldungen im Jahr 2008 betraf, wurden die Klassifikationen des Vertragsgegenstandes dieser Meldungen bei den Auswertungen nicht berücksichtigt. Stattdessen wurden diese Meldungen der Sonderkategorie „Palliativversorgung“ zugeordnet.

Vor dieser Korrektur betrug die Zahl der Kategorienennungen pro Vertrag 2007 durchschnittlich 2,5 Nennungen und 2008 durchschnittlich 4,4 Nennungen. Nach der Korrektur verringerten sich diese Werte auf durchschnittlich 1,4 bzw. 1,5 Nennungen¹⁵.

4.1.1 Klassifikation der Vertragsgegenstände (zum 31.12.2008)

Tabelle A28 zeigt die Verteilung der Meldungen auf die jeweiligen MDC-Klassifikationen sowie das auf die Klassifikation entfallende ge-

¹³ vgl. Begründung zu § 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V, BT-Drs. 16/3100, S. 152

¹⁴ 2007: 97%; 2008: 99%

¹⁵ vgl. Zeile Gesamt in Tabelle A28, Tabelle A29, Tabelle A30

geschätzte Vergütungsvolumen bzw. die geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte für Verträge, die ab dem 01.04.2007 geschlossen wurden und zum 31.12.2008 noch in Kraft waren.

Das geschätzte Vergütungsvolumen aller ausgewerteten Verträge betrug 95 Mio. Euro, die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter 205 Tsd. Versicherte.

Bei Mehrfachnennungen wurde das geschätzte Vergütungsvolumen und die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter jeweils vollständig jeder der in der Meldung angegebenen Kategorien zugeordnet. Die prozentualen Anteile wurden auf die Grundgesamtheit der 1.424 Verträge bezogen.

Jeder Vertrag wurde durchschnittlich 1,4 Kategorien zugeordnet. In 131 Meldungen fehlt die Angabe zur Kategorisierung.

Jede vierte Meldung betrifft einen Vertrag zur palliativmedizinischen Versorgung (26%). Diese Kategorie nimmt, bezogen auf die Anzahl der Nennungen, den ersten Rang ein. Verträge zur palliativmedizinischen Versorgung beziehen sich auf die Versorgungsregionen Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein, Sachsen und Westfalen-Lippe und wurden jeweils von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen. Partner der Verträge waren auf Seiten der Leistungserbringer vornehmlich Ärztenetze, Ambulanzdienste und Krankenhäuser. Nimmt man das geschätzte Vergütungsvolumen und die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter als Kriterium, ist die Palliativmedizin in der integrierten Versorgung allerdings eher von untergeordneter Bedeutung.

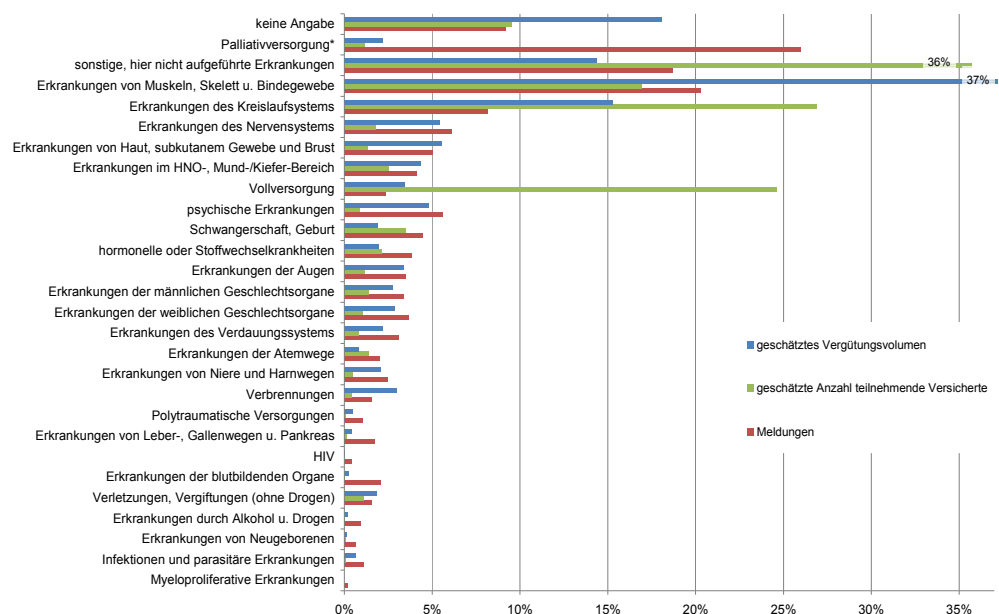
Die quantitativ größte Bedeutung in der integrierten Versorgung haben Verträge zur Behandlung der Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe (MDC 08). In 20% aller Meldungen ist diese Kategorie angegeben, 37% des geschätzten Vergütungsvolumens und 17% der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter entfallen auf diese Kategorie.

Ebenfalls von großer Bedeutung sowohl hinsichtlich der Anzahl der Verträge als auch mit Bezug auf das geschätzte Vergütungsvolumen und die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter sind die Leistungen zur Behandlung der Erkrankungen des Kreislaufsystems (MDC 05) sowie des Nervensystems (MDC 01).

Abbildung 6 zeigt die Rangfolge der Klassifikationen bezogen auf die Anzahl der Meldungen mit Nennung der jeweiligen Kategorie. Dargestellt ist der prozentuale Anteil bezogen auf die Grundgesamtheit.

Die Differenzen zwischen geschätztem Vergütungsvolumen, geschätzter Anzahl teilnehmender Versicherter und Anzahl der Meldungen macht deutlich, dass in vielen Fällen die Bedeutung für die integrierte Versorgung nicht allein nach der Anzahl der Nennungen bemessen werden kann. Aber auch das auf eine Kategorie entfallende geschätzte Vergütungsvolumen oder die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter genügen für sich genommen nicht, um die Bedeutung zu ermessen. Je nach Fragestellung erlangen andere Leistungsbereiche besondere Bedeutung.

Abbildung 6: Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – prozentuale Anteile an der Summe „Vertrag einzeln gezählt“ der Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 und Vertragsende am oder nach dem 31.12.2008 (vgl. Tabelle A28)



So entfallen 25% der voraussichtlich teilnehmenden Versicherten auf Verträge zur Vollversorgung. Diese Kategorie nimmt damit nach der vorgenannten MDC 05 den zweiten Rang ein. Bezogen auf die voraussichtlich durch diese Verträge verursachten Ausgaben hat die Vollversorgung jedoch mit Rang 8 eine wesentlich geringere Bedeutung.

Die unterschiedlichen Anteile der Kategorien am jeweiligen Gesamt spiegeln auch den mit den Integrationsverträgen vereinbarten Leistungsumfang wieder. Dieser umfasst entweder die Gesamtleistung oder es werden Zusatzleistungen vergütet. Letzteres ist beispielsweise bei den Verträgen, die der MDC 14 (Schwangerschaft, Geburt)

zugeordnet werden, in der Regel der Fall. Diese Verträge haben oft präventive Maßnahmen zur Senkung der Frühgeburtenrate oder Aufklärungsmaßnahmen zum Vertragsgegenstand, seltener jedoch die direkten geburtshilflichen Leistungen. Das gleiche gilt für die Verträge, die der Vollversorgung zugeordnet sind. Diese Verträge sind durch ein geringes Vergütungsvolumen pro teilnehmendem Versicherten gekennzeichnet. Dementsprechend sind ihre Anteile an der Zahl der Vertragsschlüsse bzw. der Summe der teilnehmenden Versicherten relativ hoch im Vergleich zum Anteil am Vergütungsvolumen.

Die der MDC 19 (psychische Erkrankungen) zugeordneten Verträge bilden demgegenüber oft Gesamtleistungen ab, wie beispielsweise die Behandlung von Schizophrenie, Affekt-, Angst- oder Essstörungen, Suchterkrankungen oder die komplexe ambulante psychiatrische Behandlung.

Die in Tabelle A32 wiedergegebenen Kennzahlen zum Vergütungsvolumen pro Vertrag und Versichertem sowie zu teilnehmenden Versicherten pro Vertrag können möglicherweise als Anhaltspunkt dienen, in welchen Leistungsbereichen überwiegend Gesamtleistungen und in welchen überwiegend Zusatzleistungen vereinbart wurden. Es darf jedoch nicht der Hinweis fehlen, dass in fast allen Leistungsbereichen sowohl Zusatzleistungen als auch Gesamtleistungen vereinbart wurden. Dies gilt auch für die vorgenannten Beispiele der MDC 14 und 19.

4.1.2 Vergleich Neuabschlüsse der Jahre 2007 und 2008

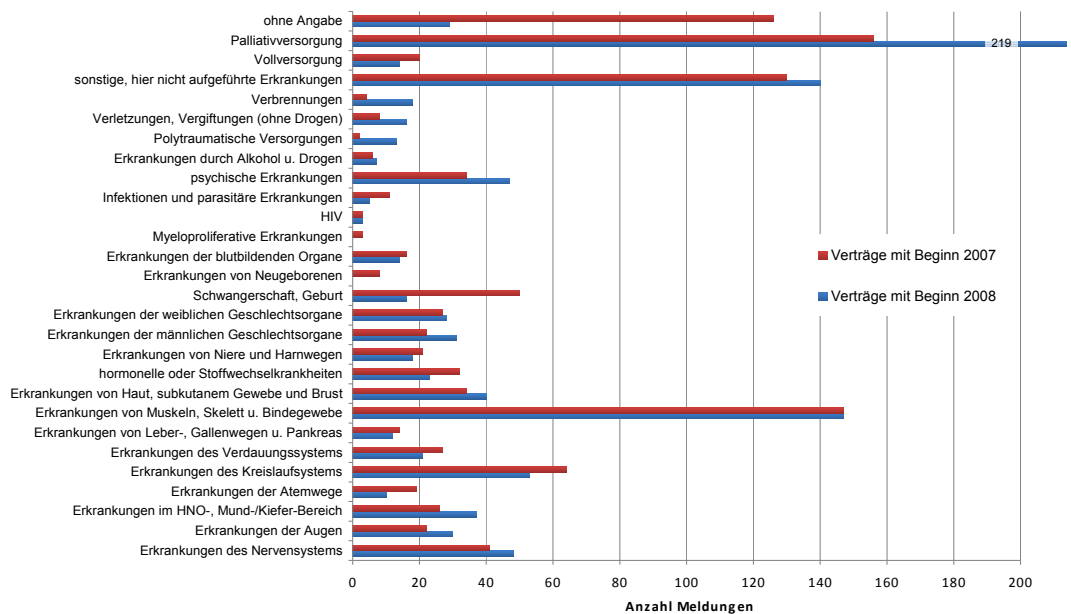
Betrachtet man jeweils die in den Jahren 2007 bzw. 2008 neu abgeschlossenen Verträge und ihre Anteile in den jeweiligen Kategorien, so lassen sich nur unwesentliche Änderungen erkennen (Abbildung 7). Zwar finden sich in einzelnen Kategorien starke prozentuale Abweichungen, doch häufig in Kategorien mit bezogen auf die Grundgesamtheit geringem Gewicht.

Ausnahmen bilden die MDC 14 (Schwangerschaft, Geburt), 15 (Erkrankungen von Neugeborenen) und die Myeloproliferativen Erkrankungen¹⁶, bei denen jeweils starke Rückgänge zu verzeichnen sind. Im Fall der MDC 14 ist zu vermerken, dass bereits in den Jahren vor

¹⁶ Die myeloproliferativen Erkrankungen bilden eine Untergruppe der MDC 17 „Hämatologische und solide Neubildungen“. Da die Abfrage in den Meldebögen lediglich die myeloproliferativen Erkrankungen erfasst hat, wird an dieser Stelle von der MDC-Klassifikation abgewichen.

2007 zahlreiche Verträge zur Prävention von Frühgeburten abgeschlossen wurden, so dass die bereits abgeschlossenen Verträge den Bedarf möglicherweise vollständig abdecken. Bei MDC 15 und den myeloproliferativen Erkrankungen war bereits im Jahr 2007 die Zahl der Vertragsabschlüsse sehr niedrig. Im darauf folgenden Jahr erfolgten keine Abschlüsse.

Abbildung 7: Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems der in 2007 bzw. 2008 abgeschlossenen Verträgen zur integrierten Versorgung



Änderungen in der Rangfolge sind geringfügig (mit den genannten Ausnahmen), und lassen keine Rückschlüsse auf Trendänderungen zu. Details können der Tabelle A29 (Neuabschlüsse 2007), der Tabelle A30 (Neuabschlüsse 2008) sowie der Tabelle A31 (Veränderungen 2007 zu 2008) entnommen werden.

4.1.3 Regionale Verteilung der MDC-Kategorien

Die Verknüpfung der in Meldungen zu Integrationsverträgen angegebenen Vertragsgegenstände mit den Angaben zur Region, in welcher der Vertrag zur Anwendung kommt, ermöglicht die Darstellung regionaler Schwerpunkte der integrierten Versorgung.

Methodik

Die regionale Verteilung der Klassifikationen in den Meldungen zu Integrationsverträgen wird dargestellt

- a) anhand der drei MDC-Kategorien mit dem höchsten Gewicht in der Region (Top-3-MDC) und
- b) anhand des relativen Gewichts integrierter Versorgung in der jeweiligen Region im Vergleich mit allen anderen Regionen.

Zur Bestimmung der Rangfolge wird der prozentuale Anteil der jeweiligen MDC-Klassifikation an der Grundgesamtheit der Region bei einfacher Zählung berechnet. Einfache Zählung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine Meldung, in der mehrere Klassifikationen angegeben wurden, in der Region nur einmal gezählt wird. Kommt der Vertrag jedoch in mehreren Regionen zur Anwendung, wird er in jeder Region „einzeln“ gezählt. Mehrfachnennungen in Bezug auf die Regionen werden also nicht aufgehoben¹⁷.

Das relative Gewicht integrierter Versorgung wird berechnet, indem die jeweilige Summe bei einfacher Zählung zu den in der Region zur Anwendung kommenden Integrationsverträgen in Beziehung gesetzt wird

- zur Summe der Meldungen über alle Regionen (Abbildung 8) bzw.
- zur Anzahl der gesetzlich Versicherten in der jeweiligen Region (Abbildung 9, Abbildung 10).

In den folgenden Abbildungen repräsentiert die Größe der Kreise das relative Gewicht der jeweiligen Regionen. Innerhalb der Kreise ist der prozentuale Anteil der Top-3-MDC der jeweiligen Region an allen in der Region zur Anwendung kommenden Verträgen dargestellt. Neben den Top-3-MDC werden alle anderen Vertragsgegenstände in der Kategorie „andere als die jeweiligen Top-3-MDC“ zusammengefasst. Darin sind auch die Vertragsmeldungen enthalten, bei denen keine Angabe zur Klassifizierung des Vertragsgegenstandes gemacht

¹⁷ vgl. zum Umgang mit Mehrfachnennungen Kapitel 6.4.1

wurde sowie die Kategorie „sonstige, hier nicht aufgeführte Krankheiten“.

Die Möglichkeit von Mehrfachangaben erschwert die Auswertung der regionalen Verteilung. In vielen Vertragsmeldungen sind nicht nur mehrere MDC-Kategorien zur Klassifikation des Vertragsgegenstandes angegeben, sondern auch mehrere Regionen, in denen die Verträge zur Anwendung kommen. Da eine Aufteilung der Angaben zu Versicherten bzw. Vergütungsvolumen nicht sinnvoll möglich ist, gehen die Angaben in jeder Region und bei jeder MDC-Kategorie in voller Höhe in die Auswertungen ein (vgl. Kapitel 6.4.1). Dadurch kommt es zu einer Erhöhung der Werte, die der Realität nicht gerecht werden dürfte.

Eine Darstellung der regionalen Verteilung auf Basis der absoluten Angaben zu gemeldeten Verträgen, geschätzter Anzahl teilnehmender Versicherter bzw. des geschätzten Vergütungsvolumens verbietet sich daher. Es können nur die Tendenzen und Schwerpunkte der regionalen Verteilung dargestellt werden.

Die Berechnung der relativen Gewichte wird insbesondere durch die Mehrfachnennung der Regionen bei Verträgen mit überregionaler Zuordnung beeinflusst (Stadtstaaten und deren Nachbarstaaten (Bremen, Niedersachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg), Nordrhein-Westfalen, Südwestdeutschland).

Die gemeldeten Angaben zur geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter und zum geschätzten Vergütungsvolumen werden für alle genannten Regionen übernommen, in denen der Vertrag zur Anwendung kommt. Diese werden ins Verhältnis gesetzt zur Zahl der gesetzlich Versicherten in den jeweiligen Regionen. Tatsächlich entfällt aber nur ein Teil der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter und des geschätzten Vergütungsvolumens auf die jeweilige Region. In diesen Regionen wird dadurch das relative Gewicht zu hoch ausgewiesen.

Ergebnisse

Anzahl Meldungen

Die MDC 08 (Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe) ist auch auf regionaler Ebene die am häufigsten genannte MDC-Kategorie. In acht der 17 Regionen nimmt sie den ersten Rang ein. Mit Ausnahme des Saarlandes ist sie in allen Regionen unter den Top-3-MDC (Tabelle A33).

Die MDC 05 (Erkrankungen des Kreislaufsystems) sowie die MDC 01 (Erkrankungen des Nervensystems), die auf Bundesebene große Bedeutung haben, finden sich in sieben bzw. fünf Regionen unter den führenden Kategorien, die MDC 05 insbesondere auch in den großen Flächenstaaten. Die Sonderkategorie Palliativversorgung ist die in den Regionen Hessen, Nordrhein und Westfalen-Lippe meist genannte Kategorie, findet sich aber in den anderen Regionen mit Verträgen zur Palliativversorgung nicht unter den Top-3-MDC.

Abbildung 8: Regionale Verteilung: Top-3-MDC nach prozentualem Anteil der auf die jeweilige Region entfallenden Vertragsmeldungen, bezogen auf die Summe der Meldungen über alle Regionen

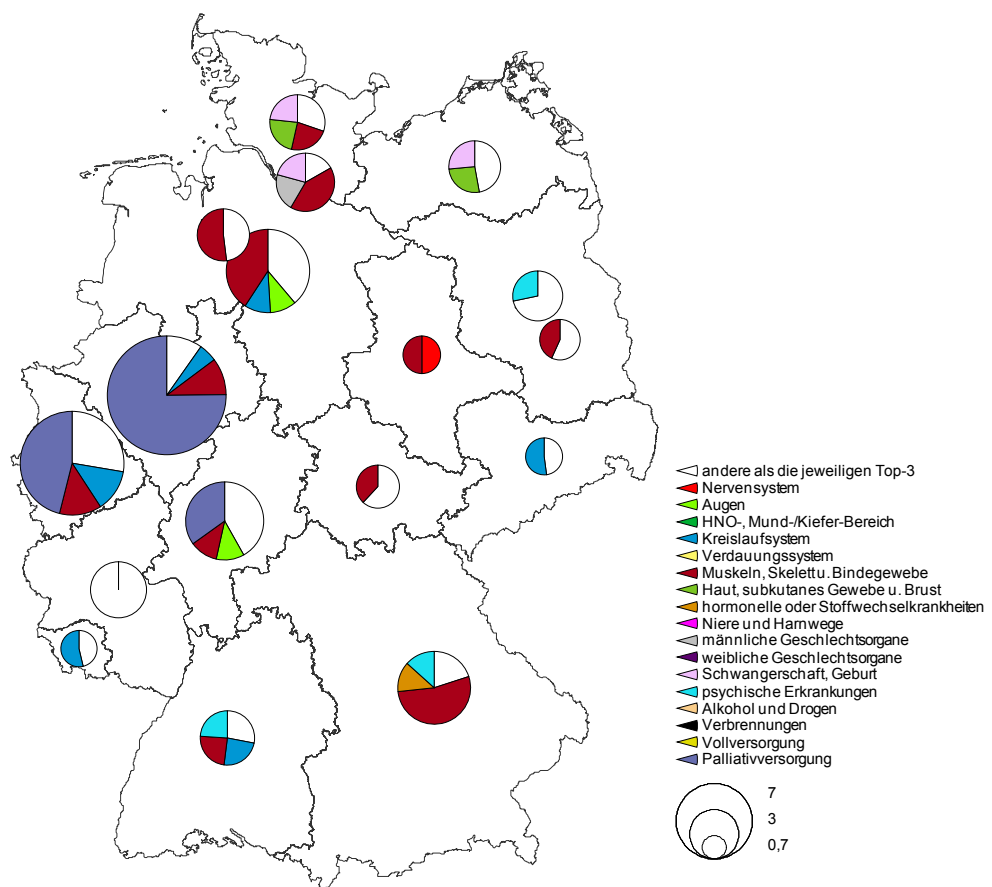


Abbildung 8 stellt die regionale Verteilung der gemeldeten Integrationsverträge dar. Die Größe der Kreise repräsentiert den prozentualen Anteil der auf die jeweiligen Regionen entfallenden Vertragsmeldungen, bezogen auf die Summe der Meldungen über alle Regionen. Dieser beträgt zwischen 1% (Sachsen-Anhalt) und 20% (Westfalen-Lippe). Der Mittelwert beträgt 6%.

Die Regionen Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein und Westfalen-Lippe bilden Schwerpunkte bei in den Jahren 2007 und 2008 neu abgeschlossenen Verträgen zur integrierten Versorgung. In diesen Regionen wurden überdurchschnittlich häufig neue Verträge abgeschlossen.

Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und geschätztes Vergütungsvolumen

Ein anderes Bild ergibt sich, wenn die regionale Verteilung bezogen auf die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter bzw. das geschätzte Vergütungsvolumen betrachtet wird.

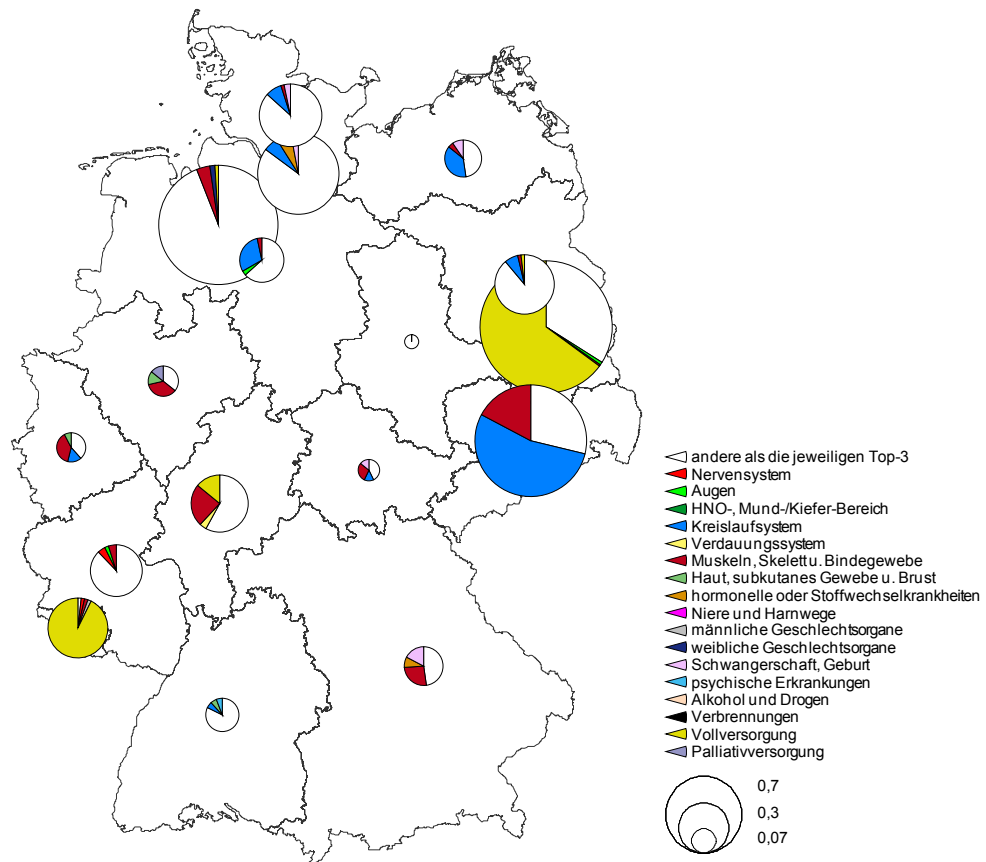
Zwar findet sich auch hier in den meisten Regionen hinsichtlich der Vertragsgegenstände die Rangfolge auf Bundesebene wieder. Die MDC 08 (Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe) und 05 (Erkrankungen des Kreislaufsystems) sind in den meisten Regionen führend. Dies ist unabhängig davon, ob die Anteile der MDC-Kategorien an der jeweiligen Summe der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter (Tabelle A34, Abbildung 9) oder am geschätzten Vergütungsvolumen (Tabelle A35, Abbildung 10) betrachtet wird. In der Mehrzahl der Regionen verändert sich die Rangfolge der MDC-Kategorien nicht, wenn die Rangfolge auf der Basis der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter oder dem geschätzten Vergütungsvolumen gebildet wird.

Betrachtet man jedoch das relative Gewicht integrierter Versorgung in den jeweiligen Regionen, ergeben sich gravierende Unterschiede zwischen der Darstellung bezogen auf die Anzahl der Meldungen (Abbildung 8) und den folgenden Darstellungen bezogen auf die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter (Abbildung 9) bzw. das geschätzte Vergütungsvolumen (Abbildung 10).

Die Größe der Kreise in Abbildung 9 drückt den prozentualen Anteil der geschätzten Zahl der teilnehmenden Versicherten an allen in der Region gesetzlich Versicherten aus. Dieser Anteil beträgt zwischen 0,03% (Sachsen-Anhalt) und 2,68% (Brandenburg). Der Mittelwert beträgt 0,46%.

In Regionen, in denen überregionale Verträge dominieren, sind überproportional hohe Werte zu beobachten (vgl. oben „Methodik“). Wird von diesen Regionen abgesehen, finden sich überdurchschnittlich hohe Anteile in den Regionen Sachsen und Hessen.

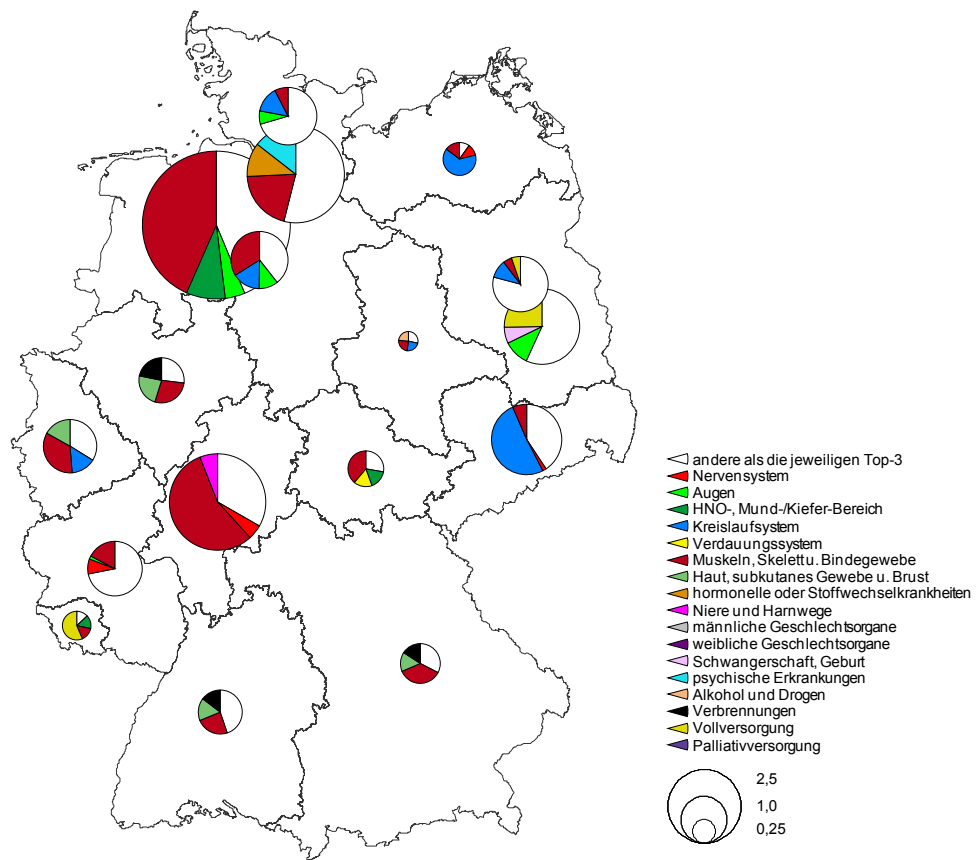
Abbildung 9: Regionale Verteilung: Top-3-MDC und geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter in Prozent aller gesetzlich Versicherten der jeweiligen Region



In der Mehrzahl der Regionen können zwar Top-3-MDC berechnet werden, ihre Bedeutung ist dennoch gering. Der Anteil der Vertragsgegenstände, die anderen Kategorien als den jeweiligen Top-3-MDC der Region zugeordnet werden, ist überwiegend sehr hoch. Dies betrifft insbesondere die Regionen mit überregionalen Verträgen. Der Mittelwert aller Regionen beträgt 61%. Die Spannweite ist sehr groß, das Minimum beträgt 1% (Saarland), das Maximum 100% (Sachsen-Anhalt).

In Sachsen haben Verträge zur MDC 05 (Erkrankungen des Kreislaufsystems) mit 54% einen besonders hohen Anteil, in den Regionen Hessen, Brandenburg und Saarland die Vollversorgung. In Hessen nimmt allerdings die MDC 08 (Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe) den ersten Rang ein.

Abbildung 10: Regionale Verteilung: Top-3-MDC und geschätztes Vergütungsvolumen pro gesetzlich Versichertem in der jeweiligen Region



Die Größe der Kreise in Abbildung 10 drückt das geschätzte Vergütungsvolumen je gesetzlich Versichertem in der jeweiligen Region aus. Das Minimum beträgt 0,21 EUR (Sachsen-Anhalt), das Maximum 12,28 EUR (Bremen), der Mittelwert beträgt 1,86 EUR.

Wiederum sind in Regionen mit überregionalen Verträgen überproportional hohe Werte zu beobachten, allerdings vornehmlich in Stadtstaaten.

Jedoch sind die relativen Gewichte in den übrigen Regionen gleichmäßiger verteilt, die Spannweite ist geringer als in Abbildung 9. Die Top-3-MDC haben bezogen auf das geschätzte Vergütungsvolumen ein höheres Gewicht als bezogen auf die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter. Wie bereits in Kapitel 4.1.1 dargestellt, hat die Vollversorgung eine geringere Bedeutung während die Bedeutung der MDC 01 (Erkrankungen des Nervensystems), 05 (Erkrankungen des Kreislaufsystems) und 08 (Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe) größer ist.

4.2 Bevölkerungsbezogene Flächendeckung

In der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG zu § 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V wird die bevölkerungsbezogene Flächendeckung wie folgt definiert:

„Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z. B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z. B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierten Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird.“¹⁸

Die ursprüngliche Absicht, Mittel aus der Anschubfinanzierung nur Integrationsverträgen mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung zur Verfügung zu stellen, wurde im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wieder aufgegeben und die Forderung stattdessen als Soll-Vorschrift formuliert.

Die Definition der Gesetzesbegründung wurde in den Meldebogen übernommen, in dem die folgenden Kategorien angegeben werden konnten (Mehrfachnennungen waren möglich):

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

Ausgewertet wurden 1.424 Vertragsmeldungen¹⁹. In 325 Fällen lagen keine Angaben vor bzw. wurde die Frage „Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung wird realisiert?“ mit „Nein“ beantwortet. In 1.099 Meldungen wurde die Frage zunächst mit „Ja“ beantwortet und eine oder mehrere der genannten Kategorien angegeben.

¹⁸ BT-Drs. 16/3100, Seite 152

¹⁹ Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 und Vertragsende am oder nach dem 31.12.2008

Die Kategorien erwiesen sich in der Auswertung nicht als trennscharf. Häufig wurden entweder die ersten zwei oder die letzten zwei Kategorien angegeben. Sie werden daher in Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 5: Kategorien einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung

	Anzahl	Anteil %
Versorgung einer größeren Region (z.B. mehrere Stadt- oder Landkreise)	239	17%
Versorgung einer kleineren Region bzgl. eines Großteils oder des gesamten Krankheitsspektrums / Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit	1.246	88%
keine flächendeckende Versorgung / keine Angabe	325	23%

Fast jeder Vertrag wird einer größeren Region zugeordnet. Dieses Ergebnis ist nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass die mit den Integrationsverträgen entwickelten Versorgungsangebote in der Regel allen Versicherten der abschließenden Krankenkasse angeboten werden. Daher kann auch für die auf bestimmte Krankheiten bzw. Leistungen bezogenen Verträge zu Recht angegeben werden: „das gleiche Versorgungskonzept wird in mehreren Kreisen/kreisfreien Städten angeboten“.

Dementsprechend sind regionale Besonderheiten nicht nachzuweisen. Die Verteilung, wie sie in Tabelle 5 wiedergegeben ist, findet sich – mit leichten Unterschieden – so in allen Versorgungsregionen wieder.

Dies gilt im Wesentlichen auch für die Leistungsbereiche entsprechend der MDC-Klassifikationen, mit der Ausnahme der MDC 04 (Erkrankungen der Atemwege), die in der Kategorie „Versorgung einer kleineren Region“ nicht vertreten ist. Auf eine weitere detaillierte Darstellung wird daher verzichtet.

4.3 Kategorien Vertragspartner

Durch das GKV-WSG wurde der Kreis der Vertragspartner, mit denen Integrationsverträge geschlossen werden können, um die Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen erweitert²⁰. Ziel des Gesetzgebers war, dass „...der Gedanke der Integration über die Verzahnung einzelner Sektoren innerhalb der gesetzlichen Krankenver-

²⁰ § 140b Abs. 1 Satz 1 SGB V

sicherung hinaus auf eine bessere Verzahnung von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung ausgedehnt ... (wird) ... um damit eine die Versicherungszweige übergreifende Leistungserbringung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung zu ermöglichen“²¹.

Ausgewertet wurden 1.424 Vertragsmeldungen²². In 140 Fällen wurden keine Angaben zur Zuordnung der Vertragspartner gemacht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 wiedergegeben.

Tabelle 6: Zuordnung der Vertragspartner

	Anzahl	Anteil %
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	1.097	77%
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	692	49%
Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a SGB V durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel SGB V berechnigte Leistungserbringer anbieten	51	4%
Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten berechnigte Leistungserbringer anbieten	215	15%
Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b SGB XI	35	2%
Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften	144	10%
ohne Angabe	140	10%

Die Auswertung der in den Meldungen von den Krankenkassen selbst vorgenommene Zuordnung der Vertragspartner zu den in § 140b Abs. 1 Satz 1 SGB V definierten Kategorien können die in

²¹ BT-Drs. 16/3100, Seite 152

²² Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 und Vertragsende am oder nach dem 31.12.2008

Kapitel 3.5.1 dargestellte Auswertung der Vertragspartner-Kombinationen auf Leistungserbringerseite plausibilisieren. Diese wurden auf der Basis der von der Registrierungsstelle selbst vorgenommenen Kategorisierung der Vertragspartner vorgenommen.

Die Ergebnisse bestätigen im Grundsatz diese Auswertungen. 77% der Verträge werden mit Vertragspartnern aus dem niedergelassenen Bereich geschlossen, 49% mit Vertragspartnern aus dem stationären Bereich. Die entsprechenden Raten auf Basis der Klassifikation durch die Registrierungsstelle betragen demgegenüber 64% bezogen auf die Vertragspartner aus dem niedergelassenen und 54% bezogen auf den stationären Bereich (vgl. Kapitel 3.5.1). Der geringere Wert für den niedergelassenen Bereich (64% zu 77%) erklärt sich aus der stärkeren Differenzierung der von der Registrierungsstelle verwendeten Kategorien. So wurden beispielsweise von der Registrierungsstelle Vertragspartner der Kategorie „Medizinisches Versorgungszentrum“ zugeordnet. Es kann vermutet werden, dass die dort tätigen Vertragsärzte in den Meldungen dem vertragsärztlichen Bereich zugeordnet wurden.

Die neue Möglichkeit, Integrationsverträge mit Pflegekassen oder Pflegeeinrichtungen abschließen zu können, wurde nur in sehr geringem Maße genutzt. Insgesamt wurde nur in 35 Fällen ein Vertrag mit einem Vertragspartner dieser Kategorie geschlossen. In keinem Fall wurde ein Vertrag zur Palliativversorgung mit Pflegekassen oder zugelassenen Pflegeeinrichtungen abgeschlossen.

Tabelle 7: Zuordnung der mit Pflegekassen oder Pflegeeinrichtungen geschlossenen Integrationsverträge zu MDC

MDC-Kategorie		Anzahl ²³	Anteil %
01	Erkrankungen des Nervensystems	4	11%
05	Erkrankungen des Kreislaufsystems	4	11%
09	Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	9	26%
	sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen (hier: ärztliche pflegerische Versorgung)	23	66%

Die mit Vertragspartnern dieser Kategorie geschlossenen Verträge sind den in Tabelle 7 wiedergegebenen Diagnosegruppen zugeordnet (Mehrfachnennungen möglich). Es werden nur Diagnosegruppen mit

²³ n ≥ 4

mindestens 4 Nennungen aufgeführt. Schwerpunkte bilden Verträge zur ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen (Kategorie „sonstige“) sowie die Versorgung chronischer Wunden (MDC 09 und 22).

Regional bildet Mecklenburg-Vorpommern einen Schwerpunkt dieser Verträge. In diesem Bundesland wurden von insgesamt drei Krankenkassen 20 Verträge mit Pflegeeinrichtungen geschlossen. In den übrigen Bundesländern wurden zwischen 1 und 4 Verträge geschlossen. Auf eine weitere detaillierte Darstellung wird daher verzichtet.

4.4 Versorgungsmerkmale

Erklärtes Ziel integrierter Versorgungsformen ist die Überwindung der zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bestehenden Grenzen. Zur Erreichung dieses Zieles hat der Gesetzgeber für Integrationsverträge durch § 140b Abs. 1 Satz 3 SGB V die bestehenden Zulassungsschranken für Leistungserbringer aufgehoben, um die sektorübergreifende und interdisziplinäre Versorgung nicht zu behindern.²⁴ Durch das GKV-WSG wurde mit § 140b Abs. 1 Satz 4 SGB V klarstellend hinzugefügt, dass Krankenhäuser ambulante Leistungen nach § 116b SGB V auch dann erbringen können, wenn kein Vertragsarzt an der integrierten Versorgung teilnimmt und einen entsprechenden Zulassungsstatus in den Vertrag einbringt.

Vor diesem Hintergrund und zwischenzeitlich ergangener Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Anforderungen an verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung bzw. interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung, konnte in der Meldung angegeben werden, welche Versorgungsmerkmale der Integrationsvertrag aufweist. Mehrfachnennungen waren möglich. Folgende Versorgungsmerkmale konnten ausgewählt werden:

- verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung
- interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung
- 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

²⁴ vgl. Becker/Kingreen, SGB V Kommentar, § 140b Rn. 12

Ausgewertet wurden 1.424 Vertragsmeldungen²⁵. In 151 Fällen wurden keine Angaben zu den Versorgungsmerkmalen gemacht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 wiedergegeben.

Tabelle 8: Zuordnung der Versorgungsmerkmale

	Anzahl	Anteil %
verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung	854	60%
interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung	879	62%
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	42	3%
ohne Angabe	151	11%

Die vom Gesetzgeber gewünschte Öffnung der integrierten Versorgung für die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser konnte – zumindest im Beobachtungszeitraum – nur bedingt umgesetzt werden. Nur in 3% der gemeldeten Verträge wurden entsprechende Leistungen vereinbart. Die Verteilung auf Diagnosegruppen kann Tabelle 9 entnommen werden.

Schwerpunkte bilden die MDC 16 (Erkrankungen der blutbildenden Organe – 24%), 08 (Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe – 21%) und 01 (Erkrankungen des Nervensystems – 19%).

Verträge zur ambulanten Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b Abs. 3 SGB V wurden in nahezu allen Versorgungsregionen abgeschlossen. Einen Schwerpunkt bildet jedoch die Region Niedersachsen, in der 13 Verträge geschlossen wurden (31%), während in den übrigen Regionen zwischen 1 und 5 Verträge geschlossen wurden. Auf eine weitere detaillierte Darstellung wird daher verzichtet.

²⁵ Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 und Vertragsende am oder nach dem 31.12.2008

Tabelle 9: Zuordnung der Verträge zur ambulanten Versorgung in Krankenhäusern zu MDC-Kategorien

MDC-Kategorie		Anzahl ²⁶	Anteil %
01	Erkrankungen des Nervensystems	8	19%
05	Erkrankungen des Kreislaufsystems	7	17%
08	Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	9	21%
12	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	4	10%
13	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	4	10%
16	Erkrankungen der blutbildenden Organe	10	24%
19	psychische Erkrankungen	5	12%
	Vollversorgung	5	12%

4.5 Verwendungszweck der einbehaltenen Finanzmittel

Die Verwendung der durch die Anschubfinanzierung einbehaltenen Finanzmittel wurde durch das GKV-WSG bei Neuverträgen ausschließlich eingeschränkt auf:²⁷

- voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen von Krankenhäusern,
- ambulante, vertragsärztliche Leistungen sowie
- Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben.

Ausgewertet wurden 1.424 Vertragsmeldungen²⁸.

Auf der Seite der von einer Rechnungskürzung betroffenen Leistungserbringer besteht ein hohes Interesse, die Einhaltung dieser Kriterien zu überprüfen. Die Zahl der Meldungen ohne Angaben zur Darlegung der Verwendung der einbehaltenen Mittel ist dennoch mit 190 Fällen höher als bei allen anderen in der Meldung gestellten Fragen. Die Auswertung der Antworten ist in Tabelle 10 wiedergegeben.

²⁶ $n \geq 4$

²⁷ vgl. § 140d Abs. 5 Satz 2 SGB V

²⁸ Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 und Vertragsende am oder nach dem 31.12.2008

Tabelle 10: Verwendung der einbehaltenen Finanzmittel

	Anzahl	Anteil %
voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen von Krankenhäusern	659	46%
ambulante, vertragsärztliche Leistungen	1.077	76%
Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben	304	21%
ohne Angabe	190	13%

Die hohen Anteile der beiden ersten Kategorien sind nachvollziehbar angesichts der Zielsetzung integrierter Versorgung, bestehende Grenzen zwischen stationärem und ambulatem Bereich abzubauen.

Es sind weder regionale noch diagnosebezogene Schwerpunkte feststellbar. Auf eine differenzierte Darstellung wird daher verzichtet.

5 Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung der Jahre 2004 und 2005

5.1 Einbehaltene Finanzmittel/Ausgaben der Krankenkassen

Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Rückzahlung nicht verwendeter Mittel aus der Anschubfinanzierung gesetzlich festgeschrieben. Generell stehen die einbehaltenen Mittel den Krankenkassen für einen Zeitraum von drei Jahren zur Verfügung. Innerhalb dieses Zeitraumes nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser anteilmäßig zurückzuzahlen.

Somit war über im Jahr 2004 einbehaltene Mittel die Verwendung im Zeitraum 2004 bis 2006 und über im Jahr 2005 einbehaltene Mittel die Verwendung im Zeitraum 2005 bis 2007 nachzuweisen.

Alle Krankenkassen, die im Laufe des Verfahrens Integrationsverträge gemeldet haben, wurden aufgefordert, die Mittelverwendung darzulegen.

Alle angeschriebenen 169 Krankenkassen machten Angaben zur Mittelverwendung aus der Anschubfinanzierung entweder für das Jahr 2004 (Tabelle 11) oder für das Jahr 2005 (Tabelle 12). Die Meldung war nur erforderlich, wenn Einbehalte vorgenommen wurden, es war jedoch um eine Angabe auch dann gebeten worden, wenn keine Einbehalte vorgenommen wurden.

Für das Jahr 2004 liegen von 11 Krankenkassen keine Angaben vor. Von den verbleibenden 158 Krankenkassen haben 124 keine Einbehalte vorgenommen und konnten somit auch keine Mittel aus der Anschubfinanzierung für Integrationsverträge verwenden. Dementsprechend wurden von diesen Krankenkassen auch keine getätigten Ausgaben gemeldet. Eine Krankenkasse hat jedoch trotzdem getätigte Ausgaben mitgeteilt.

34 Krankenkassen haben Einbehalte vorgenommen, also Mittel aus der Anschubfinanzierung erhalten. Diese haben über die Verwendung dieser Mittel in den Jahren 2004 bis 2006 berichtet. 33 Krankenkassen weisen einen Saldo von Null oder einen negativen Saldo zwischen Einnahmen aus der Anschubfinanzierung und getätigten Ausgaben aus. Die Mittel der Anschubfinanzierung wurden vollständig für Integrationsverträge eingesetzt. Nur zwei Krankenkassen haben ei-

nen positiven Saldo, müssen also einen Teil der von ihnen einbehaltenen Mittel an die Kassenärztlichen Vereinigungen zurückzahlen²⁹.

Tabelle 11: Angaben der Krankenkassen zur Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung 2004

	keine Ausgaben getätigt	Ausgaben getätigt	Summe
keine Angabe			11
keine Einbehalte vorgenommen	123	1	124
Einbehalte vorgenommen		34	34
Summe	123	35	
Saldo (einbehaltene Finanzmittel - Ausgaben)		35	
davon Saldo ist positiv		2	
davon Saldo ist = 0 oder negativ		33	

Tabelle 12: Angaben der Krankenkassen zur Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung 2005

	keine Ausgaben getätigt	Ausgaben getätigt	Summe
keine Angabe			9
keine Einbehalte vorgenommen	71	1	72
Einbehalte vorgenommen		88	88
Summe	71	89	
Saldo (einbehaltene Finanzmittel - Ausgaben)		89	
davon Saldo ist positiv		8	
davon Saldo ist = 0 oder negativ		81	

²⁹ Die noch in § 140d Abs. 1 Satz 5 in der Fassung des GMG vorgesehene Rückzahlung auch an die Krankenhäuser wurde für die Jahre 2004 bis 2006 durch das GKV-WSG auf die Kassenärztlichen Vereinigungen beschränkt. Damit „leisten die Krankenhäuser einen Teilbeitrag zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (vgl. Bt-Drs. 16/3100, S. 153).

Für das Jahr 2005 liegen von neun Krankenkassen keine Angaben vor (Tabelle 12). Diese sind nicht identisch mit den 11 Krankenkassen, die für das Jahr 2004 keine Angaben gemacht haben.

Die Zahl der Krankenkassen, die keine Einbehalte vorgenommen haben, ist auf 72 Krankenkassen gesunken, davon hat wiederum eine Krankenkasse dennoch getätigte Ausgaben gemeldet.

88 Krankenkassen haben Einbehalte vorgenommen und über die Verwendung dieser Mittel in den Jahren 2005 bis 2007 berichtet. 8 Krankenkassen weisen einen positiven Saldo auf, müssen also einen Teil der einbehaltenen Mittel zurückzahlen.

5.2 Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen

Die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung durch die Krankenkassen, wie sie sich aus den Mittelverwendungsnachweisen ergibt, ist in Tabelle 13 summarisch dargestellt.

Im Jahr 2004 wurden von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern 68 Mio. Euro zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsformen bereitgestellt. Die gemeldeten Gesamtausgaben lagen jedoch mit 177 Mio. Euro wesentlich höher, so dass die Krankenkassen ebenfalls einen erheblichen Anteil zur Finanzierung beigetragen haben. Dennoch sind in Einzelfällen die einbehaltenen Mittel nicht in vollem Umfang für integrierte Versorgung ausgegeben worden, so dass insgesamt 0,3 Mio. Euro zurückerstattet werden müssen.

Die Differenz zwischen dem Saldo aus insgesamt getätigten Ausgaben und insgesamt einbehaltenen Mitteln einerseits und der Rückzahlungsverpflichtung andererseits erklärt sich aus den unterschiedlichen Angaben der Krankenkassen hinsichtlich der getätigten Ausgaben. Entsprechend der Fragestellung im Meldebogen zur Mittelverwendung war lediglich die Angabe verlangt, welcher Betrag der im entsprechenden Jahr (2004 bzw. 2005) einbehaltenen Mittel im Zeitraum von drei Jahren (2004 bis 2006 bzw. 2005 bis 2007) ausgegeben wurde. Dennoch haben viele Krankenkassen die Gesamtausgaben für integrierte Versorgungsformen angegeben. Die Werte in Tabelle 13 ergeben sich jeweils aus diesen Einzelangaben der Krankenkassen.

Tabelle 13: Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung (Mio. Euro)

	Einbehaltene Mittel (Mio. Euro)	getätigte Ausgaben (Mio. Euro)	Rückzahlungs- verpflichtung (Mio. Euro)
Gesamt 2004	68	177	0,3
Gesamt 2005	268	443	4,0

Der Betrag der von den Krankenkassen einbehaltenen Mittel vervierfachte sich in 2005 auf insgesamt 268 Mio. Euro und der Betrag der getätigten Ausgaben erhöhte sich um 150% auf 443 Mio. Euro. Auch die nicht verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung stiegen erheblich auf dann 4 Mio. Euro.

Die regionale Aufteilung für die Jahre 2004 und 2005 ist in Tabelle A36 (2004) und in Tabelle A37 (2005) wiedergegeben.

5.3 Plan/Ist – Vergleich der Finanzierung der Integrierten Versorgung

Die Angaben der Krankenkassen zur Mittelverwendung erlauben – mit Einschränkungen – einen Vergleich der tatsächlichen zur geplanten Durchführung der integrierten Versorgung (Tabelle 14).

Tabelle 14: Plan-Ist-Vergleich der Finanzierung der Integrierten Versorgung (Mio. Euro)

	2004 (Mio. Euro)	2005 (Mio. Euro)
geschätztes Vergütungsvolumen	248	498
Einnahmen Mittelverwendung	68	268
Ausgaben Mittelverwendung	177 ³⁰	443 ³¹

Die Einschränkungen beziehen sich insbesondere auf die Ausgaben-seite des Vergleiches. Wie erwähnt, haben viele Krankenkassen ihre Ausgaben nur bis zur Höhe der vereinnahmten Mittel aus der Anschubfinanzierung berichtet. Die Ausgaben werden daher vermutlich

³⁰ Die Ausgaben beziehen sich auf den Zeitraum 2004 bis 2006, werden aber in der Darstellung dem Jahr 2004 zugeordnet, da sie auf der Grundlage der einbehaltenen Mittel des Jahres 2004 getätigt wurden.

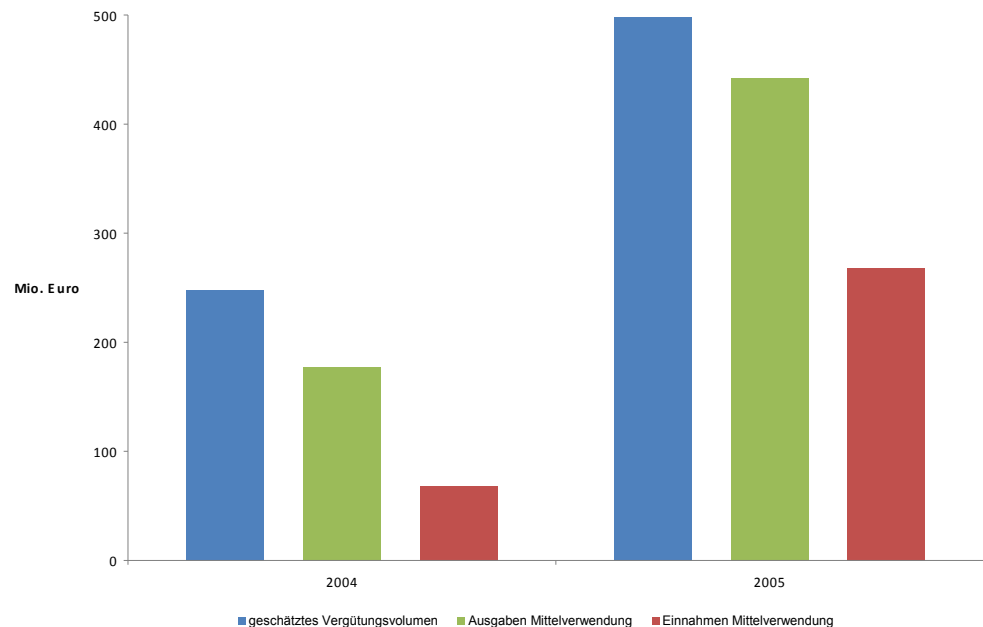
³¹ Die Ausgaben beziehen sich auf den Zeitraum 2005 bis 2007, werden aber in der Darstellung dem Jahr 2005 zugeordnet, da sie auf der Grundlage der einbehaltenen Mittel des Jahres 2004 getätigt wurden.

in einem nicht quantifizierbaren Ausmaß zu niedrig dargestellt. Gleiches gilt für das geschätzte Vergütungsvolumen, das wegen der Dunkelziffer nicht gemeldeter Verträge zu niedrig ausfällt.

Dennoch erlauben die vorliegenden Daten eine Einschätzung, inwieweit die von den Krankenkassen im Rahmen der Anschubfinanzierung zugrunde gelegten Annahmen sich als zutreffend erwiesen haben. Sie erlauben so auch eine Plausibilisierung der Auswertungen zur Entwicklung der integrierten Versorgung insgesamt.

Das für die Jahre 2004 und 2005 geschätzte Vergütungsvolumen liegt in beiden Jahren über den tatsächlich gemeldeten Ausgaben (Abbildung 11).

Abbildung 11: Geschätztes Vergütungsvolumen für Integrationsverträge, Einnahmen aus der Anschubfinanzierung und für Integrationsverträge getätigte Ausgaben



Jedoch liegen die tatsächlichen Ausgaben mit 71% (2004) bzw. 89% (2005) dennoch nah an der ursprünglichen Schätzung. Die Einnahmen aus der Anschubfinanzierung liegen weit unter den geschätzten bzw. tatsächlichen Ausgaben.

6 Datengrundlage

Die der Registrierungsstelle vorliegenden Daten wurden für den Zweck einer individuellen Auskunfterteilung erhoben und nicht zur Berechnung von Raten oder Kennzahlen. Sie wurden also nicht mit der primären Zielsetzung einer umfassenden und spezifischen Berichterstattung über die Entwicklung der integrierten Versorgung konzipiert und übermittelt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist diese Einschränkung zu beachten.

6.1 Zur Verfügung stehende Daten und ihre Eignung für Auswertungen

6.1.1 Meldung von Verträgen zur integrierten Versorgung – Version bis 31.03.2007

Die Vertragspartner der Selbstverwaltung verfolgten mit der Einrichtung der Registrierungsstelle das Ziel, „ein Verfahren zur Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen ...“ einzurichten, „das den Partnern der integrierten Versorgung die Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung erleichtert und den Krankenkassen gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein einfaches Nachweisverfahren ermöglicht.“³².

Die Aufgaben der Registrierungsstelle sind:

- die Annahme von Meldungen der Krankenkassen über Verträge nach § 140a ff. SGB V³³,
- die Prüfung der Meldungen auf offensichtliche Unplausibilitäten anhand der mit zu liefernden Kopien des Rubrums und der Unterschriftenseiten der Verträge
- die Erteilung von Auskünften an Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser, die von Zahlungskürzungen durch Krankenkassen betroffen sind.

Der Meldebogen sollte den vorgenannten Zwecken dienen und von den Mitarbeitern in den Krankenkassen einfach und ohne großen Aufwand ausgefüllt werden können. Die Inhalte der Meldungen wur-

³² Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V

³³ Der Zusatz „soweit aus diesen eine Zahlungskürzung nach § 140d SGB V abgeleitet wird“ wurde in der Vereinbarung vom 09.01.2008 gestrichen, um den Willen der Vertragspartner auszudrücken, dass alle Verträge gemeldet werden sollen.

den von der Lenkungsgruppe der Registrierungsstelle unter der Maßgabe festgelegt, den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen, damit diese nachvollziehen können, dass ein Vertrag nach § 140a SGB V gemeldet wurde.

Unabhängig von der Meldung eines Vertrages durch die Krankenkassen bleiben weitergehende inhaltliche Auskunftsrechte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser uneingeschränkt bestehen³⁴.

Vor diesem Hintergrund wurden folgende Inhalte des Meldebogens³⁵ konsentiert:

- a) Vertragsbezeichnung
Zur Identifizierung war der Titel des Vertrages gemäß Rubrum anzugeben.
- b) Vertragsinhalt
Der Inhalt des Vertrages sollte so beschrieben werden, dass auch erkennbar war, ob vorwiegend ambulante und/oder stationäre Leistungen angeboten und welche Indikationen berücksichtigt wurden.
- c) Vertragspartner
Die Vertragspartner waren namentlich aufzuführen.
- d) Vertragsbeginn und -ende oder -dauer
- e) Versorgungsregion
Als Versorgungsregion wurden die Zuständigkeitsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene definiert. Dies entsprach der gesetzlichen Vorgabe, wonach die Mittel in derselben Region verwendet werden sollten, in der sie auch einbehalten wurden. Jedoch war die Verwendung der Mittel in anderen Regionen explizit nicht ausgeschlossen. Daher waren Mehrfachnennungen erlaubt. Für bundesweit gültige Verträge konnte die „Region Bundesgebiet“ angegeben werden.
- f) geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus § 140a ff. SGB V sowie relevante Kalkulationsgrundlagen, bezogen auf das Kalenderjahr
 - fa) Umfang der vereinbarten Vergütung
 - fb) geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten
 - fc) Vergütungsform (Einzelleistung, Komplexpauschale, Mischform etc.)

Diese Angaben sollten mit Bezug auf ein Kalenderjahr angegeben werden, um den Adressaten der erteilten Auskunft eine realisti-

³⁴ Dies wurde in § 4, Art. 5 der Vereinbarung in der Fassung vom 09.01.2008 zur Klarstellung ausdrücklich von den Vertragspartnern festgestellt.

³⁵ vgl. Hinweise zur Meldung von abgeschlossenen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V gegenüber der Registrierungsstelle (BQS). 2004

sche Einschätzung der Dimension des Vertrages und auch den Vergleich mit anderen Verträgen zu ermöglichen.

- g) Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird
Es sollte die Quote angegeben werden, um die die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Rechnungen der Krankenhäuser gekürzt werden, bezogen auf den Kürzungszeitraum und die Region, in der die Mittel einbehalten werden.

Die Daten sollten von der Registrierungsstelle lediglich erfasst und den Leistungserbringern auf Anfrage ungekürzt zur Kenntnis gegeben werden. Insbesondere eine Bearbeitung im Sinne einer Auswertung (z. B. Kategorisierung von Freitextangaben) war nicht vorgesehen. Daher wurde für die Angaben zu a) bis c) Freitext gestattet. Lediglich Freitexteinträge zur Rubrik c) Vertragspartner wurden für die Auswertung kategorisiert. Die übrigen Datenfelder enthielten Antwortvorgaben und erlaubten keinen Freitext.

6.1.2 Meldung von Verträgen zur integrierten Versorgung – Version seit 01.04.2007 – Angaben gemäß GKV-WSG

Der zu Beginn des Meldeverfahrens eingeführte Bogen hat Gültigkeit für alle Verträge, die spätestens bis zum 31.03.2007 beginnen. Verträge, die ab dem 01.04.2007 abgeschlossen wurden bzw. beginnen, fallen in die Gültigkeit der durch das GKV-WSG modifizierten Regelungen zur integrierten Versorgung. Durch das GKV-WSG wurden die Anforderungen an die Förderung der Integrationsverträge durch die Anschubfinanzierung näher definiert und schärfer gefasst. Die Lenkungsgruppe nahm dies zum Anlass, den Meldebogen zu überarbeiten. Die Überarbeitung hatte zum Ziel, einerseits die Erfüllung dieser Kriterien durch die Krankenkassen abzufragen und andererseits die Auswertbarkeit des Meldebogens für Auswertungen zu verbessern. Die Änderungen betrafen insbesondere folgende Bereiche:

- a) Vertragsgegenstand
Der bisher nur als Freitext beschriebene Vertragsgegenstand sollte nun von der meldenden Krankenkasse in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems kategorisiert werden (Ergebnisse der Auswertung vgl. Kapitel 4.1).
- b) Bevölkerungsbezogene Flächendeckung³⁶
Integrationsverträge mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung sollten stärker gefördert werden. Der Erstentwurf der Modifikation des § 140a SGB V hatte vorgesehen, nur Verträge mit explizit bevölkerungsbezogener Flächendeckung durch die Anschubfinanzierung zu unterstützen. Dies wurde im weiteren Verlauf des Ge-

³⁶ vgl. § 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V

setzungsverfahrens jedoch in eine Soll-Vorschrift abgemildert. Im Meldebogen sollte angegeben werden, ob der gemeldete Vertrag eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung zum Gegenstand hat. Sofern die Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, sollte angegeben werden, wie die Realisierung erreicht wird. Dazu konnten die in der Gesetzesbegründung verwandten Beispiele einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung angegeben werden (Ergebnisse der Auswertung vgl. Kapitel 4.2).

- c) Kategorien Vertragspartner
Der Kreis der möglichen Vertragspartner, mit denen Integrationsverträge abgeschlossen werden konnten, wurde um die „Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b SGB XI“ erweitert³⁷. Die Lenkungsgruppe nahm dies zum Anlass, die in § 140c Abs. 1 SGB V genannten Kategorien möglicher Vertragspartner abzufragen (zur Auswertung vgl. Kapitel 4.3). Die Kategorisierung der Vertragspartner nach Sektoren der Gesundheitsversorgung durch die Registrierungsstelle wurde beibehalten (Ergebnisse der Auswertung vgl. Kapitel 3.5).
- d) Versorgungsmerkmale
Neben den Versorgungsmerkmalen „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung“ und „interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ wurde ein weiteres Merkmal aufgenommen. Krankenhäuser waren nun im Rahmen von Integrationsverträgen auch berechtigt, ambulante Behandlungen der im Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen zu erbringen (Ergebnisse der Auswertung vgl. Kapitel 4.4).
- e) Finanzmittelverwendung
Die Anschubfinanzierung durfte bei Neuverträgen nur „für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen“ sowie für „besondere Integrationsaufgaben“ verwendet werden³⁸. Mit einer entsprechenden Frage wurde die Einhaltung dieser Merkmale abgefragt (Ergebnisse der Auswertung vgl. Kapitel 4.5).
- f) geschätztes Vergütungsvolumen und geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter
Diese Daten wurden von den meldenden Krankenkassen häufig aktualisiert, um sie den Erfahrungen bei der Umsetzung der Verträge anzupassen. Auch wurden bei unterjährig beginnenden Verträgen statt Jahreswerten die Werte für das Restjahr angegeben. Um diesem Wunsch der Krankenkassen nach „zeitgenauer“ Darstellung der Kalkulationsgrundlagen gegenüber den Leistungserbringern nachzukommen, wurde die Möglichkeit geschaffen, die Planwerte zu Vergütungsvolumen und Anzahl der teilnehmenden Versicherten tagesgenau anzugeben. Auf eine rückwirkende Ak-

³⁷ vgl. § 140b Abs. 1 Nr. 5 SGB V

³⁸ vgl. § 140d Abs. 5 Satz 2 SGB V

tualisierung bereits vorliegender Meldungen wurde jedoch verzichtet.

6.1.3 Meldung von Verträgen zur integrierten Versorgung – Zusammenfassung

Zusammenfassend stehen dem Meldeverfahren für Auswertungen demnach folgende Daten zur Verfügung (vgl. Abbildung 12):

Abbildung 12: Auswertbare Daten in Meldungen zu Integrationsverträgen

Daten in Vertragsmeldungen	
2004 - 2008	04/2007 - 2008
Vertragsdaten Vertragsbeginn, Vertragsende, Vertragsdauer	
Abzugsquote Abzugsbeginn, Abzugsende, Abzugsquote (zeitraumbezogen)	
Kategorien der Vertragspartner	
Region	
Geschätzte Anzahl Versicherte	Geschätzte Anzahl Versicherte (zeitraumbezogen)
Geschätztes Vergütungsvolumen	Geschätztes Vergütungsvolumen (zeitraumbezogen)
	Vertragsgegenstand Kategorien nach MDC
	Vertragspartner Kategorien gem. § 140b SGB V
	Versorgungsmerkmale Kategorien gem. § 140b SGB V
	Finanzmittelverwendung Kategorien gem. § 140d SGB V
	Bevölkerungsbezogene Flächendeckung • Realisierung: ja/nein • Kategorien gem. § 140a SGB V

Die Teilnahme an der Registrierung von abgeschlossenen Verträgen zur integrierten Versorgung ist für die Krankenkassen freiwillig. Die Registrierung ist nicht Voraussetzung für den Abzug. Ebenso bleiben die inhaltlichen Auskunftsrechte der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser, direkt Auskunft von Krankenkassen anzufordern, unbeschränkt bestehen.

6.1.4 Meldung zur Mittelverwendung

Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Rückzahlung nicht verwendeter Mittel aus der Anschubfinanzierung gesetzlich festgeschrieben. Generell stehen die einbehaltenen Mittel den Krankenkassen für einen Zeitraum von drei Jahren zur Verfügung. Innerhalb dieses Zeitraumes nicht verwendete Mittel müssen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser anteilmäßig zurückgezahlt werden.

Mit dem GKV-WSG wurde ergänzend festgelegt, dass die Verwendung der einbehaltenen Mittel gegenüber der Registrierungsstelle gemeldet wird³⁹. Somit war über im Jahr 2004 einbehaltene Mittel die Verwendung im Zeitraum 2004 bis 2006 und über im Jahr 2005 einbehaltene Mittel die Verwendung im Zeitraum 2005 bis 2007 nachzuweisen. Das Nachweisverfahren über die in den Jahren 2006 bis 2008 einbehaltenen und verwendeten Mittel ist noch nicht beendet.

Die Krankenkassen wurden verpflichtet, die Verwendung der Mittel sowohl gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern⁴⁰ als auch gegenüber der Registrierungsstelle⁴¹ nachzuweisen. Zur Umsetzung dieser Vorgaben vereinbarte die Lenkungsgruppe, dass die der Registrierungsstelle gemeldeten Daten den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern zur Kenntnis übermittelt werden. Im Unterschied zu den Meldungen einzelner Verträge sieht die Vereinbarung jedoch eine kumulierte Meldung für alle im Zeitraum durch die Krankenkasse umgesetzten Integrationsverträge vor. Der Nachweis soll weiterhin auf eine Versorgungsregion Bezug nehmen. Dies konnte jedoch nicht von allen Krankenkassen zugesagt werden, da insbesondere bundesweit tätige Krankenkassen eine regionale Verbuchung der Ausgaben nicht vornehmen konnten. Es wurden folgende Inhalte des Nachweises vereinbart:

- a) Versorgungsregion
Die Versorgungsregion sollte analog zu den Meldungen entsprechend den Zuständigkeitsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene angegeben werden
- b) Anzahl vorhandene Verträge
Diese Angabe diene zur Plausibilisierung der Angaben der Krankenkasse.

³⁹ § 140d Abs. 5 Satz 1 SGB V

⁴⁰ § 140d Abs. 1 Satz 4 SGB V

⁴¹ § 140d Abs. 5 Satz 1 SGB V

- c) im Kalenderjahr einbehaltene Finanzmittel aus der Anschubfinanzierung
- d) davon im Kalenderjahr und den beiden folgenden Jahren ausgegebene Finanzmittel
- e) Saldo aus c) minus d); ein positiver Saldo ist gleichbedeutend mit einer Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkasse für die entsprechende Region
- f) Anteil nicht ausgegebener Mittel % $[(e)/c]$

Diese Daten wurden jeweils für die Kalenderjahre 2004 und 2005 angefordert. Die Anforderung der Daten für die Kalenderjahre 2006 bis 2008 ist im dritten Quartal 2009 vorgesehen.

6.2 Vollständigkeit – Meldung von Verträgen zur integrierten Versorgung

Im Hinblick auf die Zielsetzung des Berichtes, Aussagen zur Entwicklung der integrierten Versorgung zu treffen, kommt der Vollständigkeit der Meldungen eine besondere Bedeutung zu. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Meldung der Integrationsverträge für die jeweils teilnehmenden Krankenkassen freiwillig ist. Zwar haben im Durchschnitt der Jahre 2004 bis 2008 nur ca. 50% aller Krankenkassen in Deutschland teilgenommen (vgl. Tabelle 15). Diese repräsentieren jedoch die überwiegende Mehrheit der gesetzlich Versicherten. Auf der Basis der monatlich veröffentlichten Mitgliederzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung⁴² kann ein „Marktanteil“ der teilnehmenden Krankenkassen von 95% geschätzt werden

Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine teilnehmende Krankenkasse in jedem Fall alle von ihr abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung bei der Registrierungsstelle gemeldet hat. Es ist also mit einer „Dunkelziffer“ der nicht gemeldeten Verträge zu rechnen.

6.2.1 Teilnahme der Krankenkassen

Tabelle 15 zeigt die Nutzung der Registrierungsstelle durch die Krankenkassen. Die Anzahl der meldenden Krankenkassen stieg im Zeitraum 2004 bis 2006, also dem ursprünglich für die Anschubfinanzierung vorgesehenen Zeitraum, kontinuierlich an. Nach der Verlängerung der Anschubfinanzierung (2007, 2008) fiel die Gesamtzahl um 16 Krankenkassen, der prozentuale Anteil meldender Kassen an allen Kassen in Deutschland stieg aber weiter, zuletzt mit einem

⁴² Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Sprung auf 75% im Jahre 2008. Dies ist vor allem auf die in den letzten Jahren steigende Zahl der Fusionen unter den Krankenkassen zurückzuführen.

Tabelle 15: Teilnahme an der Registrierung

	2004	2005	2006	2007	2008
Anzahl der Krankenkassen, von denen Meldungen vorliegen	137	170	177	169	161
davon Krankenkassen, von denen Meldungen für Verträge mit Beginn ab dem 01.04.2007 vorliegen				89	95
Gesamtzahl der Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland ⁴³	405	385	374	353	215
prozentualer Anteil der meldenden Krankenkassen	34%	44%	47%	48%	75%

Während im ersten Jahr noch gewisse Vorbehalte gegenüber dem Verfahren zu vermuten waren, haben ab 2005 alle großen Krankenkassen Verträge gemeldet. Die weiterhin nicht teilnehmenden (eher kleinen) Krankenkassen begründeten dies gegenüber der Registrierungsstelle in der Regel damit, dass sie auf die Nutzung der Möglichkeiten der Anschubfinanzierung verzichten würden. Zwar würden auch sie ihren Mitgliedern die Teilnahme an Integrationsverträgen anbieten – in der Regel träten sie von ihren Verbänden abgeschlossenen oder generell offenen Verträgen bei – allerdings sei es für sie nicht planbar, ob unter ihren Mitgliedern ein Teilnahmeinteresse besteht. Damit sei es für sie auch nicht absehbar, welche Ausgaben auf sie zukommen.

6.2.2 Vorliegende Meldungen

Zu Beginn der Arbeit der Registrierungsstelle wurden neu abgeschlossene Integrationsverträge vor allem vor dem Hintergrund gemeldet, gegenüber von Kürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern die Existenz der Verträge und die Höhe der Kürzung darzustellen. Die Meldung von Verträgen erfolgte häufig nur dann, wenn die Meldung auch konkret der Darlegung von Zahlungskürzungen dienen sollte.

⁴³ Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Dies hatte zur Folge, dass abgeschlossene Verträge – teilweise wesentlich – später bei der Registrierungsstelle gemeldet wurden als sie begonnen hatten. Damit ließ sich zunächst nicht direkt von der Zahl der Meldungen auf die Zahl der tatsächlich abgeschlossenen Verträge schließen. Weiterhin wurden bereits erfolgte Meldungen häufig aktualisiert, da die Planwerte – und damit auch die Abzugsquote – entsprechend der Erfahrungen bei der Umsetzung der Verträge angepasst wurden.

Aufforderungen der Vertragspartner an die Krankenkassen, für Zwecke der Auswertung möglichst alle Verträge zu melden, führten dazu, dass im Lauf der Jahre weitere bis dahin nicht gemeldete Verträge rückwirkend gemeldet wurden. Viele Krankenkassen melden Verträge auch dann, wenn sie nicht als Grundlage für Abzüge herangezogen werden. In den Jahren ab 2006 wurden jetzt vermehrt Verträge auch dann gemeldet, wenn seitens der Krankenkassen nicht mit einer Inanspruchnahme gerechnet wurde⁴⁴.

6.3 Vollständigkeit – Meldung zur Mittelverwendung

Alle Krankenkassen, die der Registrierungsstelle Verträge zur integrierten Versorgung gemeldet hatten, haben auch über die Verwendung der einbehaltenen Mittel berichtet. Ausdrücklich war darum gebeten worden, auf freiwilliger Basis eine Meldung auch dann abzugeben, wenn keine Mittel im jeweiligen Jahr einbehalten wurden.

6.4 Einschränkungen der Interpretierbarkeit

Wie eingangs erläutert, lassen die der Registrierungsstelle gemeldeten Daten nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu. Bei der Interpretation der in den vorangegangenen Kapiteln 3, 4 und 5 vorgestellten Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass das Meldesystem bei der Registrierungsstelle zu Auskunftszwecken und nicht zu Zwecken der Versorgungsforschung konzipiert war. Die Ergebnisse zeigen allenfalls Tendenzen der integrierten Versorgung in Deutschland auf.

Wichtige Einschränkungen der Interpretierbarkeit der Daten werden im Folgenden dargestellt.

⁴⁴ D. h., in den Meldungen werden das geschätzte Vergütungsvolumen, die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter und die Abzugsquote mit Null angegeben.

6.4.1 Mehrfachangaben

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollte durch die Anschubfinanzierung quasi ein Experimentierfeld für innovative Versorgungsformen geschaffen werden. Es liegt somit in der Natur der Sache, dass sich dabei die individuellen, zum Teil komplexen Modelle der integrierten Versorgung in einem Meldebogen nur schwer abbilden lassen.

Vor diesem Hintergrund hat die Lenkungsgruppe bei der Entwicklung der Meldebögen den Schwerpunkt auf ein einfaches und aufwandsarmes Melde- und Auskunftsverfahren gelegt. Im Meldebogen wird bei allen Fragen die Möglichkeit eingeräumt, mehrere Kategorien anzugeben.

Mehrfachangaben sind bei der Angabe zur Region möglich. Im Meldebogen mit den Angaben gemäß GKV-WSG sind zudem bei folgenden Datenfeldern Mehrfachangaben zulässig

- a) Region
- b) Vertragsgegenstand nach MDC-Kategorien
- c) Kategorien Vertragspartner
- d) Versorgungsmerkmale
- e) Finanzmittelverwendung
- f) Bevölkerungsbezogene Flächendeckung

Mehrfachangaben erschweren aber die Einschätzung der Vergütungsvolumina der Verträge bzw. der teilnehmenden Versicherten, da sich diese Angaben im Meldebogen auf den Vertrag als Ganzes beziehen. Eine Aufteilung des Vergütungsvolumens auf die Kategorien ist der Registrierungsstelle nicht oder nur willkürlich möglich. Deshalb wird das Vergütungsvolumen bzw. die Anzahl teilnehmender Versicherter eines Vertrages jeder der zu dem Vertrag angegebenen Kategorien zugeordnet. Die Summe aus den Angaben aller Kategorien überschätzt die wahre Zahl daher deutlich.

Tabelle 16 verdeutlicht dies am Beispiel der Gesamtsummen der gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion (vgl. auch Tabelle A20 bis Tabelle A22). Werden die Meldungen separat je Region gezählt, liegt die Gesamtsumme über alle Regionen im Mittel 11% über der tatsächlichen Anzahl der im jeweiligen Jahr vorliegenden Meldungen. Bezogen auf das von den Krankenkassen geschätzte Vergütungsvolumen beträgt die durchschnittliche Abweichung sogar 17%.

Daher wird in den Auswertungen zusätzlich die Summe „Vertrag einzeln gezählt“ (d. h. ohne Mehrfachnennungen) als Anhaltspunkt mit ausgewiesen.

Tabelle 16: Auswirkung von Mehrfachangaben bei der regionalen Zuordnung

	2004	2005	2006	2007	2008
Gesamtsumme der vorliegenden Meldungen mit Berücksichtigung der regionalen Zuordnung					
Anzahl der Meldungen	1.653	3.803	5.404	6.776	7.199
Geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte (Tsd.)	785	3.315	4.110	4.317	4.516
Geschätztes Vergütungsvolumen (Mio.)	296	586	746	869	953
Gesamtsumme der vorliegenden Meldungen ohne Berücksichtigung der regionalen Zuordnung					
Anzahl der Meldungen	1.477	3.454	4.875	6.074	6.407
Geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte (Tsd.)	679	2.973	3.762	3.956	4.036
Geschätztes Vergütungsvolumen (Mio.)	248	498	650	768	811
Abweichung					
Anzahl der Meldungen	12%	10%	11%	12%	12%
Geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	16%	12%	9%	9%	12%
Geschätztes Vergütungsvolumen	19%	18%	15%	13%	18%

Die Abweichungen wären theoretisch noch wesentlich größer ausgefallen, wenn der Meldebogen für bundesweit gültige Verträge nicht auch die Kategorie „Bundesgebiet“ als Versorgungsregion beinhalten würde.

Bei der Zuordnung des Vertragsgegenstandes zur MDC-Kategorie wurde analog zur regionalen Zuordnung vorgegangen. Die Zahl der Meldungen und die geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten sowie die geschätzten Vergütungsvolumina wurden jeweils den in den Meldungen angegebenen MDC-Kategorien zugeordnet. Hier sind die Abweichungen mit 43% (Meldungen) und 36% (Versicherte bzw. Vergütungsvolumina) besonders hoch (vgl. Tabelle A28).

Bei den übrigen Datenfeldern (c - f) besteht die Problematik eingeschränkt, da jeweils nur die Anzahl der Nennungen ausgewertet wurde. In den Auswertungen werden die absoluten Zahlen und die Anteile der Kategorien am jeweiligen Gesamt aller Nennungen dargestellt. In den Fällen, in denen Ergebnisse in Kreuztabellen mit den MDC-Kategorien oder der regionalen Zuordnung von Verträgen vorgestellt werden, besteht die Mehrfachnennungsproblematik aber fort.

6.4.2 Tatsächliche Vertragsanzahl

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss weiterhin beachtet werden, dass jede von einer Krankenkasse übermittelte Meldung von abgeschlossenen Integrationsverträgen rechnerisch als ein Vertrag betrachtet wird. Dadurch kommt es sowohl zu einer Überschätzung als auch zur Unterschätzung der in den Auswertungen angegebenen Mengen, die aus jeweils unterschiedlichen Sichtweisen resultieren.

Sichtweise Krankenkasse

Ein Vertrag, der von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen wird, erscheint dadurch „mehrfach“ in den Auswertungen der Registrierungsstelle. Den 60% der Meldungen zu gemeinsam von mehreren Krankenkassen geschlossenen Verträgen stehen die ca. 40% der Meldungen zu von einer Krankenkasse allein abgeschlossenen Verträgen gegenüber (vgl. Kapitel 3.5.2).

In ihrer Meldung an die Registrierungsstelle übermittelt jede einzelne Krankenkasse ihre Schätzung über die teilnehmenden Versicherten (ihrer Krankenkasse) und das sich daraus ergebende Vergütungsvolumen. Jede dieser Meldungen wird als **ein** Vertrag gewertet.

Dadurch wird die Zahl der Verträge überschätzt, da jeder Beitritt einer einzelnen Krankenkasse als ein Vertrag gezählt wird.

Dagegen wird ein von einer Krankenkasse allein abgeschlossener Vertrag „genau“ einmal gezählt, sowohl hinsichtlich der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter als auch des geschätzten Vergütungsvolumens als auch hinsichtlich der Zahl der Verträge.

Die Zusammenhänge sollen an folgendem – fiktiven – Beispiel verdeutlicht werden:

Unterschätzung der Absolutwerte (Tabelle 17)

Der Landesverband der Krankenkassen A bis D schließt einen Vertrag zur integrierten Versorgung der Hüftgelenkendoprothetik, dem diese Krankenkassen auch beitreten. Insgesamt schätzt der Landes-

verband, dass 1.000 Versicherte das Angebot nutzen und die Mitgliedschaft in dem Integrationsvertrag erwerben.

Tabelle 17: Modellrechnung: Unterschätzung der Absolutwerte (fiktive Daten)

	geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	Meldung	gemeldeter Planwert zur geschätzten Anzahl teilnehmende Versicherte
Krankenkassen A bis D schließen gemeinsam einen Vertrag zur integrierten Versorgung	1.000		
Krankenkasse A	100	Nein	
Krankenkasse B	200	Nein	
Krankenkasse C	300	Ja	300
Krankenkasse D	400	Ja	400
Gesamt Krankenkassen A – D		2	700

Allerdings verzichten im Beispiel die Krankenkassen A und B auf eine Meldung bei der Registrierungsstelle. Dieser liegen nur zwei Meldungen von den Krankenkassen C und D vor. Die sich aus diesen Meldungen ergebende geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter beträgt 700. Dieser Wert ist um 300 Versicherte niedriger als die tatsächliche Schätzung der Krankenkassen.

Da also nicht jeder von einer Krankenkasse abgeschlossene Vertrag bzw. Vertragsbeitritt gemeldet wird, ist mit einer **Unterschätzung** der Zahl der Verträge, der geschätzten Anzahl der teilnehmenden Versicherten und des geschätzten Vergütungsvolumens zu rechnen.

Überschätzung der Durchschnittswerte (Tabelle 18)

Die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter ist unterschiedlich aufgrund der unterschiedlichen Mitgliederstruktur der Krankenkassen. Bezogen auf die vier im Beispiel teilnehmenden Krankenkassen beträgt die durchschnittliche Anzahl teilnehmende Versicherte pro Vertrag 250 Versicherte. Jedoch liegt die Schätzung der – nicht meldenden – Krankenkassen A und B unter dem Durchschnitt während die Schätzung der meldenden Krankenkassen C und D über dem Durchschnitt liegt. Im Ergebnis liegt der in den Auswertungen angegebene

Wert der durchschnittlichen Anzahl teilnehmender Versicherter je Vertrag mit 350 um 100 über dem tatsächlichen Wert von 250.

Tabelle 18: Modellrechnung: Überschätzung der Durchschnittswerte (fiktive Daten)

	geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	Meldung	gemeldeter Planwert zur geschätzten Anzahl teilnehmende Versicherte	durchschnittliche Anzahl teilnehmende Versicherte je Vertrag
Krankenkassen A bis D schließen gemeinsam einen Vertrag zur integrierten Versorgung	1.000			250
Krankenkasse A	100	Nein		
Krankenkasse B	200	Nein		
Krankenkasse C	300	Ja	300	300
Krankenkasse D	400	Ja	400	400
Gesamt Krankenkassen A – D		2	700	350

Natürlich ließe sich im Beispiel auch die umgekehrte Situation konstruieren, so dass der Durchschnitt unterschätzt wird, wenn die Krankenkassen C bis D ihre Verträge nicht melden. Doch ist insgesamt von einer Überschätzung der Durchschnittswerte auszugehen, da eher die kleineren Krankenkassen ihre Verträge bzw. Vertragsbeitritte nicht melden.

Sichtweise Patientenversorgung

Die in Tabelle 17 und Tabelle 18 dargestellten Beispiele zeigen, dass aus Sicht der Krankenkassen die Zahl der Verträge und die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter (geschätztes Vergütungsvolumen) tendenziell unterschätzt und die Durchschnittswerte tendenziell überschätzt werden.

Genau umgekehrt verhält es sich dagegen, wenn die Ergebnisse aus der Sichtweise der Patientenversorgung in einer Region interpretiert werden sollte. Aus dieser Sicht ist von Bedeutung, welche Wahlmöglichkeiten die Patienten in der Region haben.

Die Patienten in der Region können sich in dem Beispiel in **einen** Vertrag zur Hüftendoprothetik einschreiben. Dieser eine Vertrag erscheint in den Meldungen jedoch als zwei Verträge.

Die beteiligten Krankenkassen rechnen mit 1.000 Teilnehmern. Der aufgrund der Meldungen berechnete Durchschnitt teilnehmender Versicherter pro Vertrag beträgt dagegen 350. Dieser Wert ist um 650 niedriger als der tatsächliche Durchschnitt pro Vertrag (1.000), andererseits aber um 100 höher als der Wert, der sich ergeben würde, wenn alle Krankenkassen eine Meldung abgegeben hätten (250).

Die Beispiele verdeutlichen, dass je nach Sichtweise die in den Auswertungen berichteten Kennzahlen entweder zu hoch oder zu niedrig sind.

Problematik der Mehrfachnennungen nicht auflösbar

Die Registrierungsstelle kann diese Problematik nicht auflösen, da sich Meldungen zu von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossenen Verträgen nicht zuverlässig zusammenführen lassen. Die Meldungen werden einerseits zu unterschiedlichen Zeitpunkten übermittelt, so dass bei jeder Meldung überprüft werden müsste, ob zu diesem Vertrag bereits eine Meldung existiert.

Doch auch wenn dies grundsätzlich möglich wäre, so sind doch die Meldungen selbst so unterschiedlich (z. B. durch unterschiedliche Formulierung des Vertragsgegenstandes), dass eine Identifizierung gleicher Verträge nicht zuverlässig möglich ist. Hinzu kommt, dass sich auf den ersten Blick übereinstimmende Meldungen (z. B. gleiche Vertragsbezeichnung) bei genauerer Prüfung (z. B. Abgleich der Vertragspartner) als unterschiedliche Verträge herausstellen.

Tabelle 19 stellt die Interpretationshindernisse für die unterschiedlichen Fragestellungen zusammenfassend dar.

Tabelle 19: Interpretationseinschränkungen aufgrund der Struktur der Meldungen

	Sichtweise Patientenversorgung Bezug: angebotene Leistung	Sichtweise Krankenkasse Bezug: Anbieter
Anzahl Verträge	zu hoch (2 statt 1)	zu niedrig (2 statt 4)
Teilnehmer / Vergütungsvolumen	zu niedrig (Gesamt: 700 statt 1.000) (pro Vertrag: 350 statt 1.000)	zu hoch (350 statt 250)

6.4.3 Zusammenfassung

Aufgrund der Zulässigkeit von Mehrfachangaben werden die Werte in den Auswertungen zur regionalen Verteilung und zu den Vertragsgegenständen tendenziell zu hoch ausgewiesen. Dies gilt sowohl für die Sicht auf die angebotenen Leistungen als auch für die Sicht auf die Anbieter der Verträge, die Krankenkassen. Und es gilt gleichermaßen für die Anzahl der Meldungen/Verträge, die geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter als auch für die geschätzten Vergütungsvolumina.

Ein gegenläufiger Effekt ist die nicht vollständige Teilnahme aller Krankenkassen an der Registrierung. Eine Abschätzung, inwieweit die teilnehmenden Krankenkassen alle von ihnen abgeschlossenen Integrationsverträge gemeldet haben, ist nicht möglich.

Aufgrund der Struktur der Meldebögen werden errechnete Kennzahlen entweder zu hoch oder zu niedrig ausgewiesen. Die Höhe der Effekte ist nicht quantifizierbar, eine Korrektur nicht möglich.

7 Tabellenanhang

7.1 Zeitraum 2004 - 2008 (aktualisierte Auswertungen der Registrierungsstelle)

Tabelle A20: Gemeldete Verträge zur integrierten Versorgung

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Bundesgebiet	21	63	99	118	138
Region Baden-Württemberg	508	845	997	1.081	1.065
Region Bayern	69	243	459	610	619
Region Berlin	50	111	158	205	231
Region Brandenburg	58	129	169	210	207
Region Bremen	17	71	91	141	150
Region Hamburg	87	167	236	289	292
Region Hessen	191	381	544	655	676
Region Mecklenburg-Vorpommern	50	77	93	128	144
Region Niedersachsen	75	357	571	715	759
Region Nordrhein	134	462	655	818	913
Region Rheinland-Pfalz	129	289	459	520	543
Region Saarland	18	46	83	102	115
Region Sachsen	22	79	106	143	151
Region Sachsen-Anhalt	80	124	151	193	184
Region Schleswig-Holstein	90	118	142	198	197
Region Thüringen	4	63	138	194	198
Region Westfalen-Lippe	50	178	253	456	617
Summe	1.653	3.803	5.404	6.776	7.199
Vertrag einzeln gezählt	1.477	3.454	4.875	6.074	6.407

Tabelle A21: Geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Bundesgebiet	1.542	9.770	36.008	47.360	404.639
Region Baden-Württemberg	14.159	71.170	576.395	591.874	599.837
Region Bayern	31.203	1.732.552	1.775.672	1.809.737	1.817.592
Region Berlin	4.272	195.113	202.209	211.114	223.721
Region Brandenburg	9.503	245.221	251.962	258.708	308.554
Region Bremen	1.912	4.889	5.296	3.966	15.487
Region Hamburg	7.015	12.462	16.458	25.821	36.579
Region Hessen	21.769	48.515	61.758	101.974	117.821
Region Mecklenburg-Vorpommern	1.795	10.413	12.114	11.536	12.826
Region Niedersachsen	7.156	27.863	116.924	99.148	110.970
Region Nordrhein	20.354	145.646	180.015	190.190	178.237
Region Rheinland-Pfalz	20.578	57.932	72.414	74.298	85.815
Region Saarland	90.741	93.712	107.913	110.834	101.096
Region Sachsen	2.996	39.955	47.134	106.940	177.627
Region Sachsen-Anhalt	439.983	442.761	446.649	455.090	100.082
Region Schleswig-Holstein	14.598	18.582	21.863	23.492	35.367
Region Thüringen	182	4.438	10.207	21.749	21.123
Region Westfalen-Lippe	95.100	153.522	169.320	173.265	168.185
Summe	784.858	3.314.516	4.110.311	4.317.096	4.515.558
Vertrag einzeln gezählt	678.781	2.973.142	3.762.252	3.955.939	4.035.770

Tabelle A22: Geschätztes Vergütungsvolumen (Tsd. Euro)

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Bundesgebiet	1.709	13.424	29.525	32.536	50.453
Region Baden-Württemberg	39.852	63.326	83.668	87.409	102.017
Region Bayern	29.151	103.757	119.317	127.930	126.456
Region Berlin	9.334	20.826	27.656	31.881	35.940
Region Brandenburg	9.891	21.136	27.650	29.867	35.787
Region Bremen	5.339	9.905	10.835	10.981	14.857
Region Hamburg	15.085	20.726	26.698	31.610	36.649
Region Hessen	55.763	90.722	105.804	158.183	166.629
Region Mecklenburg-Vorpommern	5.727	7.917	9.381	8.207	8.548
Region Niedersachsen	18.174	39.058	56.994	69.558	78.497
Region Nordrhein	31.183	65.178	80.745	89.299	96.841
Region Rheinland-Pfalz	7.555	20.090	26.238	27.554	31.129
Region Saarland	4.868	7.706	10.528	9.605	8.790
Region Sachsen	5.168	15.173	22.084	30.902	36.314
Region Sachsen-Anhalt	21.282	26.831	28.314	31.161	19.283
Region Schleswig-Holstein	21.193	25.382	28.235	30.116	33.720
Region Thüringen	199	6.558	14.246	21.102	21.256
Region Westfalen-Lippe	14.453	28.565	38.192	41.448	50.211
Summe	295.925	586.280	746.109	869.348	953.378
Vertrag einzeln gezahlt	247.954	498.022	649.875	768.102	810.518

Tabelle A23: Durchschnittlich geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter pro Vertrag

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Bundesgebiet	73	155	364	401	2.932
Region Baden-Württemberg	28	84	578	548	563
Region Bayern	452	7.130	3.869	2.967	2.936
Region Berlin	85	1.758	1.280	1.030	968
Region Brandenburg	164	1.901	1.491	1.232	1.491
Region Bremen	112	69	58	28	103
Region Hamburg	81	75	70	89	125
Region Hessen	114	127	114	156	174
Region Mecklenburg-Vorpommern	36	135	130	90	89
Region Niedersachsen	95	78	205	139	146
Region Nordrhein	152	315	275	233	195
Region Rheinland-Pfalz	160	200	158	143	158
Region Saarland	5.041	2.037	1.300	1.087	879
Region Sachsen	136	506	445	748	1.176
Region Sachsen-Anhalt	5.500	3.571	2.958	2.358	544
Region Schleswig-Holstein	162	157	154	119	180
Region Thüringen	46	70	74	112	107
Region Westfalen-Lippe	1.902	862	669	380	273
Durchschnitt	460	861	772	651	630

Tabelle A24: Durchschnittlich geschätzte Anzahl teilnehmender Versicherter in % aller GKV-Versicherten in der Region

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Region Baden-Württemberg	0%	1%	6%	7%	7%
Region Bayern	0%	17%	17%	17%	17%
Region Berlin	0%	7%	7%	8%	8%
Region Brandenburg	0%	11%	11%	11%	14%
Region Bremen	0%	1%	1%	1%	3%
Region Hamburg	1%	1%	1%	2%	3%
Region Hessen	0%	1%	1%	2%	2%
Region Mecklenburg-Vorpommern	0%	1%	1%	1%	1%
Region Niedersachsen	0%	0%	2%	1%	2%
Region Nordrhein	0%	2%	2%	2%	2%
Region Rheinland-Pfalz	1%	2%	2%	2%	3%
Region Saarland	10%	10%	12%	13%	11%
Region Sachsen	0%	1%	1%	3%	5%
Region Sachsen-Anhalt	19%	19%	20%	20%	5%
Region Schleswig-Holstein	1%	1%	1%	1%	1%
Region Thüringen	0%	0%	0%	1%	1%
Region Westfalen-Lippe	1%	2%	2%	2%	2%
Durchschnitt	1%	4%	5%	6%	6%

Tabelle A25: Durchschnittlich geschätztes Vergütungsvolumen pro Vertrag (Euro)

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Bundesgebiet	81.376	213.082	298.229	275.728	365.601
Region Baden-Württemberg	78.448	74.942	83.919	80.859	95.791
Region Bayern	422.479	426.985	259.950	209.721	204.290
Region Berlin	186.684	187.626	175.037	155.518	155.586
Region Brandenburg	170.538	163.847	163.610	142.224	172.885
Region Bremen	314.076	139.504	119.068	77.876	99.049
Region Hamburg	173.386	124.105	113.125	109.377	125.510
Region Hessen	291.951	238.116	194.492	241.501	246.493
Region Mecklenburg-Vorpommern	114.544	102.812	100.870	64.115	59.359
Region Niedersachsen	242.321	109.406	99.814	97.284	103.421
Region Nordrhein	232.710	141.077	123.275	109.167	106.069
Region Rheinland-Pfalz	58.565	69.516	57.163	52.988	57.329
Region Saarland	270.433	167.515	126.838	94.164	76.436
Region Sachsen	234.893	192.058	208.339	216.101	240.488
Region Sachsen-Anhalt	266.023	216.379	187.510	161.454	104.797
Region Schleswig-Holstein	235.475	215.103	198.838	152.100	171.168
Region Thüringen	49.709	104.096	103.229	108.772	107.354
Region Westfalen-Lippe	289.066	160.480	150.958	90.895	81.380
Durchschnitt	167.876	144.187	133.308	126.457	126.505

Tabelle A26: Durchschnittlich geschätztes Vergütungsvolumen pro GKV-Versichertem in der Region (Euro)

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Region Baden-Württemberg	4,46	7,08	9,39	9,81	11,44
Region Bayern	2,81	9,98	11,49	12,31	12,14
Region Berlin	3,51	7,70	10,21	11,68	13,08
Region Brandenburg	4,35	9,33	12,19	13,21	15,90
Region Bremen	9,58	17,48	19,21	19,41	26,24
Region Hamburg	11,09	14,95	19,27	22,62	25,98
Region Hessen	11,04	17,88	20,86	31,14	32,75
Region Mecklenburg-Vorpommern	3,70	5,12	6,12	5,40	5,67
Region Niedersachsen	2,66	5,69	8,30	10,12	11,44
Region Nordrhein	3,90	8,10	10,06	11,11	12,04
Region Rheinland-Pfalz	2,21	5,88	7,68	8,07	9,13
Region Saarland	5,43	8,60	11,83	10,83	9,98
Region Sachsen	1,33	3,92	5,74	8,06	9,54
Region Sachsen-Anhalt	9,29	11,78	12,54	13,92	8,72
Region Schleswig-Holstein	8,91	10,57	11,76	12,52	14,02
Region Thüringen	0,09	3,08	6,77	10,09	10,29
Region Westfalen-Lippe	1,96	3,86	5,18	5,62	6,82
Durchschnitt	3,53	7,07	9,24	10,92	11,54

Tabelle A27: Durchschnittlich geschätztes Vergütungsvolumen pro geschätztem teilnehmenden Versicherten (Euro)

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Bundesgebiet	1.108	1.374	820	687	125
Region Baden-Württemberg	2.815	890	145	148	170
Region Bayern	934	60	67	71	70
Region Berlin	2.185	107	137	151	161
Region Brandenburg	1.041	86	110	115	116
Region Bremen	2.793	2.026	2.046	2.769	959
Region Hamburg	2.150	1.663	1.622	1.224	1.002
Region Hessen	2.562	1.870	1.713	1.551	1.414
Region Mecklenburg-Vorpommern	3.191	760	774	711	666
Region Niedersachsen	2.540	1.402	487	702	707
Region Nordrhein	1.532	448	449	470	543
Region Rheinland-Pfalz	367	347	362	371	363
Region Saarland	54	82	98	87	87
Region Sachsen	1.725	380	469	289	204
Region Sachsen-Anhalt	48	61	63	68	193
Region Schleswig-Holstein	1.452	1.366	1.291	1.282	953
Region Thüringen	1.093	1.478	1.396	970	1.006
Region Westfalen-Lippe	152	186	226	239	299
Durchschnitt	365	168	173	194	201

7.2 Zeitraum 04/2007 - 12/2008 (Angaben gem. GKV-WSG)

Tabelle A28: Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 und Vertragsende am oder nach dem 31.12.2008

MDC-Klassifikation		Meldungen mit Nennung		geschätztes Vergütungsvolumen (Tsd. €)		geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	
		Anz.	Ant.	Summe	Ant.	Summe	Ant.
01	Erkrankungen des Nervensystems	87	6%	5.144	5%	3.680	2%
02	Erkrankungen der Augen	50	4%	3.196	3%	2.396	1%
03	Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich	59	4%	4.148	4%	5.177	3%
04	Erkrankungen der Atemwege	29	2%	761	1%	2.897	1%
05	Erkrankungen des Kreislaufsystems	116	8%	14.517	15%	55.264	27%
06	Erkrankungen des Verdauungssystems	44	3%	2.097	2%	1.725	1%
07	Erkrankungen von Leber-, Gallenwegen u. Pankreas	25	2%	397	0%	277	0%
08	Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	289	20%	35.340	37%	34.843	17%
09	Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	72	5%	5.267	6%	2.796	1%
10	hormonelle oder Stoffwechselkrankheiten	55	4%	1.847	2%	4.445	2%
11	Erkrankungen von Niere und Harnwegen	35	2%	2.000	2%	944	0%
12	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	48	3%	2.615	3%	2.912	1%
13	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	52	4%	2.736	3%	2.197	1%

MDC-Klassifikation		Meldungen mit Nennung		geschätztes Vergütungsvolumen (Tsd. €)		geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	
		Anz.	Ant.	Summe	Ant.	Summe	Ant.
14	Schwangerschaft, Geburt	64	4%	1.830	2%	7.196	4%
15	Erkrankungen von Neugeborenen	8	1%	140	0%	136	0%
16	Erkrankungen der blutbildenden Organe	30	2%	264	0%	113	0%
	Myeloproliferative Erkrankungen	n < 4					
18 A	HIV	6	0%	41	0%	57	0%
18 B	Infektionen und parasitäre Erkrankungen	16	1%	604	1%	197	0%
19	psychische Erkrankungen	80	6%	4.581	5%	1.837	1%
20	Erkrankungen durch Alkohol u. Drogen	13	1%	197	0%	78	0%
21 A	Polytraumatische Versorgungen	15	1%	453	0%	143	0%
21 B	Verletzungen, Vergiftungen (ohne Drogen)	22	2%	1.786	2%	2.234	1%
22	Verbrennungen	22	2%	2.810	3%	840	0%
	sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen	266	19%	13.674	14%	73.433	36%
	Vollversorgung	34	2%	3.255	3%	50.564	25%
	Palliativversorgung	370	26%	2.065	2%	2.322	1%
	keine Angabe	131	9%	17.160	18%	19.553	10%
	Gesamt⁴⁵	2.038	143%	128.926	136%	278.256	135%
	Vertrag einzeln gezählt	1.424		94.980		205.466	

⁴⁵ Ohne Myeloproliferative Erkrankungen

Tabelle A29: Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007

MDC-Klassifikation		Meldungen mit Nennung		geschätztes Vergütungsvolumen (Tsd. €)		geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	
		Anz.	Ant.	Summe	Ant.	Summe	Ant.
01	Erkrankungen des Nervensystems	41	5%	1.956	4%	1.756	3%
02	Erkrankungen der Augen	22	3%	961	2%	1.204	2%
03	Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich	26	3%	1.174	3%	976	2%
04	Erkrankungen der Atemwege	19	3%	276	1%	2.735	5%
05	Erkrankungen des Kreislaufsystems	64	8%	5.909	13%	14.166	24%
06	Erkrankungen des Verdauungssystems	27	4%	1.643	4%	865	1%
07	Erkrankungen von Leber-, Gallenwegen u. Pankreas	14	2%	224	0%	171	0%
08	Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	147	19%	18.241	40%	15.328	25%
09	Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	34	4%	1.045	2%	583	1%
10	hormonelle oder Stoffwechselkrankheiten	32	4%	533	1%	3.931	7%
11	Erkrankungen von Niere und Harnwegen	21	3%	1.857	4%	868	1%
12	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	22	3%	435	1%	310	1%
13	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	27	4%	1.356	3%	1.245	2%
14	Schwangerschaft, Geburt	50	7%	219	0%	1.234	2%

MDC-Klassifikation		Meldungen mit Nennung		geschätztes Vergütungsvolumen (Tsd. €)		geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	
		Anz.	Ant.	Summe	Ant.	Summe	Ant.
15	Erkrankungen von Neugeborenen	8	1%	22	0%	136	0%
16	Erkrankungen der blutbildenden Organe	16	2%	195	0%	74	0%
	Myeloproliferative Erkrankungen	n < 4					
18 A	HIV	n < 4					
18 B	Infektionen und parasitäre Erkrankungen	11	1	77	0	115	0
19	psychische Erkrankungen	34	4	1.685	4	644	1
20	Erkrankungen durch Alkohol u. Drogen	6	1	45	0	18	0
21 A	Polytraumatische Versorgungen	n < 4					
21 B	Verletzungen, Vergiftungen (ohne Drogen)	8	1%	140	0%	96	0%
22	Verbrennungen	4	1%	570	1%	148	0%
	sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen	130	17%	2.476	5%	15.050	25%
	Vollversorgung	20	3%	486	1%	7.383	12%
	Palliativversorgung	156	21%	686	2%	837	1%
	ohne Angabe	126	17%	12.576	28%	6.060	10%
	Gesamt	1.073	142%	54.854	120%	75.994	126%
	Vertrag einzeln gezählt	756		45.646		60.224	

Tabelle A30: Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.01.2008

MDC-Klassifikation		Meldungen mit Nennung		geschätztes Vergütungsvolumen (Tsd. €)		geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	
		Anz.	Ant.	Summe	Ant.	Summe	Ant.
01	Erkrankungen des Nervensystems	48	7%	2.994	6%	1.977	1%
02	Erkrankungen der Augen	30	4%	2.327	5%	1.356	1%
03	Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich	37	5%	3.082	7%	4.310	3%
04	Erkrankungen der Atemwege	10	1%	251	1%	162	0%
05	Erkrankungen des Kreislaufsystems	53	7%	7.510	16%	41.098	28%
06	Erkrankungen des Verdauungssystems	21	3%	681	1%	969	1%
07	Erkrankungen von Leber-, Gallenwegen u. Pankreas	12	2%	176	0%	150	0%
08	Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	147	21%	16.299	35%	19.626	13%
09	Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	40	6%	4.325	9%	2.260	2%
10	hormonelle oder Stoffwechselkrankheiten	23	3%	962	2%	514	0%
11	Erkrankungen von Niere und Harnwegen	18	3%	262	1%	211	0%
12	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	31	4%	2.311	5%	2.746	2%
13	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	28	4%	1.509	3%	1.040	1%
14	Schwangerschaft, Geburt	16	2%	1.605	3%	5.986	4%
15	Erkrankungen von Neugeborenen		0%		0%		0%

MDC-Klassifikation		Meldungen mit Nennung		geschätztes Vergütungsvolumen (Tsd. €)		geschätzte Anzahl teilnehmende Versicherte	
		Anz.	Ant.	Summe	Ant.	Summe	Ant.
16	Erkrankungen der blutbildenden Organe	14	2%	70	0%	39	0%
	Myeloproliferative Erkrankungen		0%		0%		0%
18 A	HIV	n < 4					
18 B	Infektionen und parasitäre Erkrankungen	5	1%	428	1%	82	0%
19	psychische Erkrankungen	47	7%	2.888	6%	1.194	1%
20	Erkrankungen durch Alkohol u. Drogen	7	1%	152	0%	60	0%
21 A	Polytraumatische Versorgung	keine Angabe, da 2007 n < 4					
21 B	Verletzungen, Vergiftungen (ohne Drogen)	16	2%	1.713	4%	2.191	2%
22	Verbrennungen	18	3%	2.240	5%	692	0%
	sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen	140	20%	10.065	21%	58.396	40%
	Vollversorgung	14	2%	2.638	6%	43.181	30%
	Palliativversorgung	219	31%	1.231	3%	1.492	1%
	ohne Angabe	29	4%	4.891	10%	13.663	9%
	Gesamt	1.039	146%	71.041	151%	203.546	140%
	Vertrag einzeln gezählt	713		47.167		145.726	

Tabelle A31 Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Vergleich der Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 bzw. 01.01.2008 – Veränderung der Anteilswerte

MDC-Klassifikation		Veränderung Meldungen	Veränderung Vergütungs- volumen	Veränderung Versicherte
01	Erkrankungen des Nervensystems	24%	48%	-53%
02	Erkrankungen der Augen	45%	134%	-53%
03	Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich	51%	154%	82%
04	Erkrankungen der Atemwege	-44%	-12%	-98%
05	Erkrankungen des Kreislaufsystems	-12%	23%	20%
06	Erkrankungen des Verdauungssystems	-18%	-60%	-54%
07	Erkrankungen von Leber-, Gallenwegen u. Pankreas	-9%	-24%	-64%
08	Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	6%	-14%	-47%
09	Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	25%	300%	60%
10	hormonelle oder Stoffwechselkrankheiten	-24%	75%	-95%
11	Erkrankungen von Niere und Harnwegen	-9%	-86%	-90%
12	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	49%	415%	266%
13	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	10%	8%	-65%
14	Schwangerschaft, Geburt	-66%	609%	100%
15	Erkrankungen von Neugeborenen	-100%	-100%	-100%
16	Erkrankungen der blutbildenden Organe	-7%	-65%	-78%

Tabellenanhang

MDC-Klassifikation		Veränderung Meldungen	Veränderung Vergütungs- volumen	Veränderung Versicherte
	Myeloproliferative Erkrankun- gen	-100%	-100%	-100%
18 A	HIV	n < 4		
18 B	Infektionen und parasitäre Erkrankungen	-52%	435%	-71%
19	psychische Erkrankungen	47%	66%	-23%
20	Erkrankungen durch Alkohol u. Drogen	24%	227%	38%
21 A	Polytraumatische Versorgun- gen	keine Angabe, da 2007 n < 4		
21 B	Verletzungen, Vergiftungen (ohne Drogen)	112%	1087%	843%
22	Verbrennungen	377%	280%	93%
	sonstige, hier nicht aufgeföh- rte Erkrankungen	14%	293%	60%
	Vollversorgung	-26%	425%	142%
	Palliativversorgung	49%	74%	-26%
	ohne Angabe	-76%	-62%	-7%

Tabelle A32: Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen (MDC) des G-DRG-Systems – Vergütungsvolumen, teilnehmende Versicherte pro Vertrag, Einzelkosten der Leistung in zum 31.12.2008 in Kraft befindlichen Verträgen

MDC-Klassifikation		geschätztes Vergütungsvolumen je Vertrag (Tsd. €)	geschätzte Anzahl Versicherte je Vertrag	Vergütungsvolumen je Versicherte
01	Erkrankungen des Nervensystems	59	42	1.398
02	Erkrankungen der Augen	64	48	1.334
03	Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich	70	88	801
04	Erkrankungen der Atemwege	26	100	263
05	Erkrankungen des Kreislaufsystems	125	476	263
06	Erkrankungen des Verdauungssystems	48	39	1.216
07	Erkrankungen von Leber-, Gallenwegen u. Pankreas	16	11	1.434
08	Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	122	121	1.014
09	Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	73	39	1.884
10	hormonelle oder Stoffwechselkrankheiten	34	81	416
11	Erkrankungen von Niere und Harnwegen	57	27	2.118
12	Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	54	61	898
13	Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	53	42	1.245
14	Schwangerschaft, Geburt	29	112	254
15	Erkrankungen von Neugeborenen	16	15	1.028

MDC-Klassifikation		geschätztes Vergütungsvolumen je Vertrag (Tsd. €)	geschätzte Anzahl Versicherte je Vertrag	Vergütungsvolumen je Versicherte
16	Erkrankungen der blutbildenden Organe	9	4	2.332
	Myeloproliferative Erkrankungen	n < 4		
18 A	HIV	7	10	724
18 B	Infektionen und parasitäre Erkrankungen	38	12	3.069
19	psychische Erkrankungen	57	23	2.494
20	Erkrankungen durch Alkohol u. Drogen	15	6	2.530
21 A	Polytraumatische Versorgung	30	10	3.165
21 B	Verletzungen, Vergiftungen (ohne Drogen)	81	102	799
22	Verbrennungen	128	38	3.345
	sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen	51	276	186
	Vollversorgung	96	1.487	64
	Palliativversorgung	6	6	889
	ohne Angabe	131	149	878

Tabelle A33: Top-3-MDC je Region nach Anzahl gemeldeter Verträge

Region	1. Rang	2. Rang	3. Rang
Baden-Württemberg	MDC 19 psychische Erkrankungen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems
Bayern	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 19 psychische Erkrankungen	MDC 10 hormonelle oder Stoffwechselerkrankheiten
Berlin	MDC 19 psychische Erkrankungen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 03 Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems
Brandenburg	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems	MDC 02 Erkrankungen der Augen MDC 03 Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust MDC 10 hormonelle oder Stoffwechselerkrankheiten Vollversorgung
Bremen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 11 Erkrankungen von Niere und Harnwegen MDC 12 Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane MDC 13 Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane MDC 16 Erkrankungen der blutbildenden Organe	
Hamburg	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt	MDC 12 Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane

Tabellenanhang

Region	1. Rang	2. Rang	3. Rang
Hessen	Palliativversorgung	MDC 02 Erkrankungen der Augen MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	
Mecklenburg-Vorpommern	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
Niedersachsen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 02 Erkrankungen der Augen
Nordrhein	Palliativversorgung	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems
Rheinland-Pfalz	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe MDC 04 Erkrankungen der Atemwege		MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems MDC 02 Erkrankungen der Augen MDC 03 Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich MDC 10 hormonelle oder Stoffwechselerkrankheiten
Saarland	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 04 Erkrankungen der Atemwege	MDC 20 Erkrankungen durch Alkohol und Drogen
Sachsen	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems
Sachsen-Anhalt	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe		MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems MDC 06 Erkrankungen des Verdauungssystems

Tabellenanhang

Region	1. Rang	2. Rang	3. Rang
Schleswig-Holstein	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
Thüringen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt	MDC 06 Erkrankungen des Verdauungssystems MDC 12 Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane
Westfalen-Lippe	Palliativversorgung	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems

Tabelle A34: Top-3-MDC je Region nach Anteilen am geschätzten Vergütungsvolumen

Region	1. Rang	2. Rang	3. Rang
Baden-Württemberg	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	MDC 22 Verbrennungen
Bayern	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	MDC 22 Verbrennungen
Berlin	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	Vollversorgung	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
Brandenburg	Vollversorgung	MDC 02 Erkrankungen der Augen	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt
Bremen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 03 Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich	MDC 02 Erkrankungen der Augen
Hamburg	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 19 psychische Erkrankungen	MDC 10 hormonelle oder Stoffwechselerkrankheiten
Hessen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 11 Erkrankungen von Niere und Harnwegen	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems
Mecklenburg-Vorpommern	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems
Niedersachsen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 02 Erkrankungen der Augen
Nordrhein	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems
Rheinland-Pfalz	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems	MDC 02 Erkrankungen der Augen

Tabellenanhang

Region	1. Rang	2. Rang	3. Rang
Saarland	Vollversorgung	MDC 03 Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	
Sachsen	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems
Sachsen-Anhalt	MDC 20 Erkrankungen durch Alkohol und Drogen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe s	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems
Schleswig-Holstein	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 02 Erkrankungen der Augen
Thüringen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 06 Erkrankungen des Verdauungssystems	MDC 03 Erkrankungen im HNO-, Mund-/Kiefer-Bereich
Westfalen-Lippe	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	MDC 22 Verbrennungen

Tabelle A35: Top-3-MDC je Region nach Anteilen an der geschätzten Anzahl teilnehmender Versicherter

	1. Rang	2. Rang	3. Rang
Baden-Württemberg	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust	MDC 19 psychische Erkrankungen
Bayern	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt	MDC10 hormonelle oder Stoffwechselerkrankheiten
Berlin	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	Vollversorgung	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
Brandenburg	Vollversorgung	MDC 02 Erkrankungen der Augen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
Bremen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 13 Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	Vollversorgung
Hamburg	MDC 10 hormonelle oder Stoffwechselerkrankheiten	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt
Hessen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	Vollversorgung	MDC 06 Erkrankungen des Verdauungssystems
Mecklenburg-Vorpommern	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
Niedersachsen	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 02 Erkrankungen der Augen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
Nordrhein	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust
Rheinland-Pfalz	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems	MDC 02 Erkrankungen der Augen

Tabellenanhang

	1. Rang	2. Rang	3. Rang
Saarland	Vollversorgung	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe MDC 12 Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane
Sachsen	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 01 Erkrankungen des Nervensystems
Sachsen-Anhalt	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 06 Erkrankungen des Verdauungssystems
Schleswig-Holstein	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe
Thüringen	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	MDC 05 Erkrankungen des Kreislaufsystems	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt
Westfalen-Lippe	MDC 08 Erkrankungen von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe	Palliativversorgung	MDC 09 Erkrankungen von Haut, subkutanem Gewebe und Brust

7.3 Mittelverwendung 2004/2005

Tabelle A36: Regionale Aufteilung der Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung 2004 (Tsd. Euro)

Region	Einbehaltene Finanzmittel (Tsd. €)	getätigte Ausgaben (Tsd. €)	Rückzahlungs- verpflichtung (Tsd. €)
Bundesgebiet	11.432	11.432	
Baden-Württemberg	1.154	2.459	292
Bayern	10.100	69.114	
Berlin	2.168	3.170	
Brandenburg	1.435	1.747	
Bremen	408	411	
Hamburg	1.129	1.536	
Hessen	18.798	64.333	
Mecklenburg-Vorpommern	278	326	
Niedersachsen	1.981	2.272	
Nordrhein	5.149	5.368	
Rheinland-Pfalz	478	487	
Saarland	31	44	
Sachsen	1.632	1.775	
Sachsen-Anhalt	10.264	10.652	
Schleswig-Holstein	404	578	
Thüringen	-	-	
Westfalen-Lippe	992	1.122	
Gesamt	67.832	176.827	292

**Tabelle A37: Regionale Aufteilung der Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung 2005
 (Tsd. Euro)**

Region	Einbehaltene Finanzmittel (Tsd. €)	getätigte Ausgaben (Tsd. €)	Rückzahlungs- verpflichtung (Tsd. €)
Bundesgebiet	73.560	73.560	
Baden-Württemberg	9.224	10.938	1.382
Bayern	39.239	137.390	18
Berlin	4.056	5.899	17
Brandenburg	11.929	12.996	
Bremen	3.868	5.055	9
Hamburg	617	1.830	5
Hessen	26.815	57.283	
Mecklenburg-Vorpommern	2.399	3.136	3
Niedersachsen	17.328	44.826	26
Nordrhein	43.888	45.757	138
Rheinland-Pfalz	4.775	5.495	
Saarland	593	705	1
Sachsen	4.638	2.572	2.351
Sachsen-Anhalt	14.695	15.407	32
Schleswig-Holstein	2.774	9.624	
Thüringen	517	879	
Westfalen-Lippe	7.205	9.432	
Gesamt	268.122	442.786	3.982

Tabelle A38: Gesetzlich Versicherte nach Versorgungsregion (Tsd. Versicherte)

Region	2004	2005	2006	2007	2008
Bundesgebiet	70.280	70.477	70.298	70.314	70.244
Baden-Württemberg	8.939	8.949	8.911	8.912	8.916
Bayern	10.357	10.397	10.387	10.396	10.415
Berlin	2.663	2.705	2.709	2.729	2.747
Brandenburg	2.275	2.266	2.268	2.261	2.251
Bremen	557	567	564	566	566
Hamburg	1.361	1.386	1.385	1.398	1.411
Hessen	5.049	5.075	5.072	5.081	5.088
Mecklenburg-Vorpommern	1.548	1.547	1.533	1.521	1.508
Niedersachsen	6.844	6.863	6.867	6.871	6.861
Nordrhein	8.000	8.046	8.024	8.036	8.046
Rheinland-Pfalz	3.418	3.417	3.415	3.416	3.408
Saarland	896	896	890	886	881
Sachsen	3.888	3.870	3.848	3.836	3.808
Sachsen-Anhalt	2.290	2.279	2.258	2.238	2.211
Schleswig-Holstein	2.379	2.401	2.400	2.404	2.406
Thüringen	2.138	2.126	2.105	2.090	2.067
Westfalen-Lippe	7.388	7.398	7.378	7.381	7.363

Quelle: BMG

8 Anhang

8.1 Gesetzliche Grundlagen

8.1.1 § 140a – d SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 140a Integrierte Versorgung

- (1) ¹Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. ²Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. ³Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.
- (2) ¹Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. ²Ein 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) ¹Die 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.

§ 140b Verträge zu integrierten Versorgungsformen

- (1) ¹Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140a Abs. 1 nur mit
 1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
 2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,

3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
 4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
 5. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften
abschließen.
- (2) - aufgehoben
- (3) ¹In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. ²Die 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. ³Insbesondere 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. ⁴Gegenstand 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 der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.
- (4) ¹Die 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. ²Der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, nicht. ³Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

- (5) ¹Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.

§ 140c Vergütung

- (1) ¹Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. ²Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten. ³Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.
- (2) ¹Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. ²Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. ³Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

§ 140d Anschubfinanzierung, Bereinigung

- (1) ¹Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. ²Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. ³Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. ⁴Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. ⁵Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuführen.
- (2) ¹Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2006 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten

Versorgungsauftrag zu bereinigen; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. ²Der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. ³Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

- (3) ¹Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. ²Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. ³Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.
- (4) ¹Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.

§§ 140e bis 140h a. F. - aufgehoben

8.1.2 § 140a – d SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 140a Integrierte Versorgung

- (1) ¹Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. ²Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. ³Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. ⁴Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung. ⁵Die für die ambulante Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Verträge nach § 130a Abs. 8 erfolgen.
- (2) ¹Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. ²Ein 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 anstehen-

den Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

- (3) ¹Die 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.

§ 140b

Verträge zu integrierten Versorgungsformen

- (1) ¹Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140a Abs. 1 nur mit
1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
 2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
 3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
 4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
 5. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
 6. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften
- abschließen.
- (2) – weggefallen
- (3) ¹In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. ²Die 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. ³Insbesondere 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 Versor-

gungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. ⁴Gegenstand 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 der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

- (4) ¹Die 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. ²Der Grundsatz der Beitragsatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen werden, nicht. ³Die Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. ⁴Die Krankenhäuser sind unabhängig von Satz 3 im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen berechtigt.
- (5) ¹Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.

§ 140c Vergütung

- (1) ¹Die Verträge zur integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. ²Aus der Vergütung für die integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten. ³Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.
- (2) ¹Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. ²Die Zahl der teilnehmenden

Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen.
³Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

§ 140d **Anschubfinanzierung, Bereinigung**

- (1) ¹Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. ²Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. ³Satz 2 gilt nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. ⁴Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. ⁵Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. ⁶Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. ⁷Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. ⁸Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel spätestens zum 31. März 2009 an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser, soweit die Mittel in den Jahren 2007 und 2008 einbehalten wurden, entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszusahlen.
- (2) ¹Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2008 entsprechend der Zahl der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. ²Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. ³Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das

Schiedsamt nach § 89 anrufen. ⁴Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.

- (3) ¹Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. ²Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. ³Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.
- (4) ¹Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden bis zum 31. Dezember 2008 nur die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.
- (5) ¹Die Krankenkassen melden der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen⁴⁶ gebildeten gemeinsamen Registrierungsstelle die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel nach Absatz 1 Satz 1. ²Die Registrierungsstelle veröffentlicht einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung. ³Der Bericht soll auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten.

⁴⁶ Mit Wirkung ab 1. Juli 2008 werden in Satz 1 die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt (vgl. Artikel 46 Abs. 9 GKV-WSG).

8.2 Vertragliche Grundlagen

8.2.1 Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V vom 11.12.2003

Präambel

- (1) Durch die Novellierung des § 140d SGB V beabsichtigt der Gesetzgeber, die integrierte Versorgung durch eine Anschubfinanzierung in den Jahren 2004 bis 2006 zu fördern. Dazu hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jährlich bis zu 1 % der Zahlungen an Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser zu kürzen und die einbehaltenen Mittel für die Finanzierung der in Verträgen zur integrierten Versorgung vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Voraussetzung für eine Kürzung der Zahlungen ist, dass die Krankenkasse, die ihren Anspruch geltend machen will, einen Integrationsvertrag nach §§ 140a – d SGB V abgeschlossen hat.
- (2) Diese Vereinbarung regelt ein Verfahren zur Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen, das den Partnern der integrierten Versorgung die Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung erleichtert und den Krankenkassen gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein einfaches Nachweisverfahren ermöglicht.
- (3) Die Registrierungsstelle ist Ausdruck des gemeinsamen Willens der Selbstverwaltung von Vertragsärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, die Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung zu unterstützen.

§ 1

Organisation

- (1) Die Partner dieses Vertrages richten eine gemeinsame Registrierungsstelle für Verträge nach § 140 a ff. SGB V ein.
- (2) Mit der Durchführung der gemeinsamen Registrierungsstelle wird die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS, Düsseldorf) durch die Partner dieses Vertrages beauftragt.
- (3) Einzelheiten der Organisation ergeben sich aus dem Beauftragungsvertrag.

§ 2

Aufgaben der Registrierungsstelle

- (1) Die gemeinsame Registrierungsstelle nimmt die Meldungen der Krankenkassen über Verträge nach § 140 a ff. SGB V entgegen, soweit aus diesen eine Zahlungskürzung nach § 140d SGB V abgeleitet wird.
- (2) Die gemeinsame Registrierungsstelle erteilt Auskünfte an Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser, die von Zahlungskürzungen durch Krankenkassen betroffen sind. Die Registrierungsstelle unterstützt die Krankenkassen insoweit in ihrer Nachweispflicht gemäß § 140d SGB V.

- (3) Die Registrierungsstelle kann bei offensichtlich fehlender Plausibilität der Angaben die meldende Krankenkasse um Überprüfung bitten. Die Registrierungsstelle darf jedoch die Angaben des Meldebogens nur mit Zustimmung der meldenden Krankenkasse abändern.

§ 3

Meldung von Verträgen nach § 140 a ff. SGB V

- (1) Die Krankenkassen melden den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V der Registrierungsstelle, soweit aus dem Vertrag eine Zahlungskürzung nach § 140d SGB V vorgenommen wird. Der Meldung sind das vertragskennzeichnende Deckblatt sowie die Unterschriftenseite des jeweils abgeschlossenen Vertrages zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V in Kopie beizufügen.
- (2) Zur Vertragsmeldung ist ein von der Registrierungsstelle herauszugebender Meldebogen zu verwenden, der folgende Angaben enthält:
- Vertragsbezeichnung,
 - Vertragsgegenstand (z.B. Indikation),
 - Vertragspartner,
 - Vertragsbeginn/-dauer,
 - Versorgungsregion,
 - geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus § 140 a ff. SGB V sowie relevanter Kalkulationsgrundlagen (insbesondere geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten),
 - aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird.
- (3) Die Angabe der Versorgungsregion richtet sich nach den Zuständigkeitsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene. Die Angabe mehrerer Bereiche und die Angabe des gesamten Bundesgebietes ist zulässig, soweit der Versorgungsauftrag des Vertrags zur integrierten Versorgung dies erfordert.
- (4) Die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Kürzungsquote ist in den jeweiligen Versorgungsregionen einheitlich auf alle Zahlungen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser anzuwenden. Die Anwendung der Kürzungsquote richtet sich nach den Anlagen 1 (Kassenärztliche Vereinigungen) bzw. 2 (Krankenhäuser).
- (5) Die den Vertrag meldende Krankenkasse haftet für die Richtigkeit der Angaben im Meldebogen. Eine auf Grund einer falschen Meldung vorgenommene Zahlungskürzung ist bei festgestellter Unrichtigkeit der Angaben zurückzuführen.
- (6) Die Krankenkassen melden der Registrierungsstelle wesentliche Veränderungen in Bezug auf die gemeldeten Verträge.

§ 4 Auskunftserteilung

- (1) Die Registrierungsstelle ist verpflichtet, auf Anfragen von Auskunftsberechtigten nach Absatz 3, die schriftlich oder per E-Mail gestellt werden, Auskünfte über die bei ihr gemeldeten Verträge zu erteilen. Die Registrierungsstelle übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der gemeldeten Angaben.
- (2) Die Auskünfte umfassen die Angaben nach § 3 Abs. 2 und müssen es den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ermöglichen, die Berechtigung einer Zahlungskürzung dem Grunde und der Höhe nach nachzuvollziehen. Die gemeinsame Registrierungsstelle führt insoweit auch Übersichten über die aggregierten Abzugsquoten je Krankenkasse und Versorgungsregion.
- (3) Auskunftsberechtigt sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser, die von einer Zahlungskürzung durch einzelne oder mehrere Krankenkassen betroffen sind. Die Partner dieses Vertrages sind sich darin einig, dass auch sie ein Auskunftsrecht gegenüber der Registrierungsstelle erhalten sollen, das in seinem Umfang im einzelnen noch zu vereinbaren ist.
- (4) Die Auskünfte werden ausschließlich schriftlich oder per E-Mail erteilt, um sicherzustellen, dass die Authentizität des Informationsempfängers gegeben ist.

§ 5 Finanzierung

Die Finanzierung der Registrierungsstelle erfolgt durch die Partner dieser Vereinbarung.

- (1) Die Vertragspartner stimmen einen jährlichen Haushaltsplan ab. Die Verabschiedung des Haushaltsplans kann nur einstimmig erfolgen.
- (2) Die Kosten der gemeinsamen Registrierungsstelle tragen KBV und DKG zu jeweils 10%, die verbleibenden Kosten tragen die Spitzenverbände der Krankenkassen.
- (3) Auf den verabschiedeten Haushaltsplan entrichten die Beteiligten vierteljährliche Abschlagszahlungen.
- (4) Nach jedem Kalenderjahr, erstmals zum 31. Dezember 2004 ist eine Abrechnung der entstandenen Kosten durchzuführen und unter den Vertragspartnern abzustimmen. Über- und Unterzahlungen sind auszugleichen.

§ 6 Weiterer Regelungsbedarf

Die Partner dieser Vereinbarung werden sich über weitere Fragen zur Umsetzung des § 140d SGB V rechtzeitig verständigen. Zu den regelungsbedürftigen Sachverhalten zählen auch die Modalitäten der Abwicklung der Schlussabrechnung nach 2006.

§ 7 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2004 in Kraft.
- (2) Der Vertrag endet spätestens am 31. Dezember 2007.
- (3) Vor Ablauf dieser Frist kann der Vertrag von jedem Beteiligten zum Ablauf eines Kalenderhalbjahres mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten gekündigt werden.

Anlage 1: Berechnung der Zahlungskürzung bei Kassen- ärztlichen Vereinigungen

- (1) Abschlagszahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind wie folgt zu kürzen:

errechnete Abzugsquote x angeforderter Zahlbetrag = Kürzungsbetrag

- (2) Schlusszahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind wie folgt zu kürzen:

errechnete Abzugsquote x (Formblatt 3-Position D 99-90-99 abzgl. Fehlerhaft bzw. systematisch abweichend zugeordneter Beträge) = Kürzungsbetrag

Anlage 2: Berechnung der Zahlungskürzung bei Kranken- häusern

- (1) Für den Abzug nach § 140d SGB V wird ein neuer Entgeltartenschlüssel „47200001“ festgelegt, der nur in Verbindung mit einem Zahlungssatz verwendet werden kann, d.h. die Rechnungskürzung wird durch die Krankenkasse vorgenommen.

- (2) Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten vor Berechnung des Abzugs nach § 140d SGB V abgesetzt:

40000000 Zuschlag nach § 14 Abs. 8 BPfIV (Investitionszuschlag)

41xxxxxx Entgelt für vorstationäre Behandlung

42xxxxxx Entgelt für nachstationäre Behandlung

43xxxxxx Pflegesatz bei Beurlaubung (ggf. bei Abrechnung nach BPfIV)

45xxxxxx Wahlleistung Unterkunft (nur Bundesknappschaft)

46xxxxxx Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
Zu- und Abschläge nach GMG

47100001 Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91
Abs. 2 Satz 6 SGB V)

47100002 Zuschlag für Institut nach § 139c SGB V

47100003 Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen
(§ 4 Abs. 13 KHEntgG und § 6 Abs. 5 BPfIV, ab 2005)

47100004 Zuschlag für Arzt im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG
und § 6 Abs. 1 Satz 3 Nr. 8 BPfIV, ab 2005)

4800000x DRG-Systemzuschlag

61xxxxxx Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V

75xxxxxx Zu- und Abschlag nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

- (3) Der von der Krankenkasse auszahlende Zahlungsbetrag wird wie folgt ermittelt:

Abzugsgrundlage (Summe der Entgelte mit Abzug)

+ Entgelte ohne Abzug (s.o.)

./. Zuzahlungsbetrag

Rechnungsbetrag des Krankenhauses

./. (Abzugsgrundlage x max. 0,01, Abzug nach § 140d SGB V)

Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen (Segment ZPR)

8.2.2 Vereinbarung über die Fortführung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB vom 09.01.2008

Präambel

- (1) Durch die Novellierung des § 140d SGB V hat der Gesetzgeber die Anschubfinanzierung für Verträge zur integrierten Versorgung bis Ende 2008 verlängert. Dazu hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 jährlich bis zu 1 % der Zahlungen an Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser zu kürzen sofern die einbehaltenen Mittel für die Finanzierung der in Verträgen zur integrierten Versorgung vereinbarten Vergütungen erforderlich sind. Voraussetzung für eine Kürzung der Zahlungen ist, dass die Krankenkasse, die ihren Anspruch geltend machen will, einen Integrationsvertrag nach §§ 140a – d SGB V abgeschlossen hat.
- (2) Diese Vereinbarung regelt die Fortführung eines Verfahrens zur Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen, das den Partnern der integrierten Versorgung die Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung erleichtert und den Krankenkassen gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein einfaches Nachweisverfahren ermöglicht.
- (3) Die Registrierungsstelle ist Ausdruck des gemeinsamen Willens der Selbstverwaltung von Vertragsärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, die Umsetzung von Verträgen zur integrierten Versorgung zu unterstützen.

§ 1

Organisation

- (1) Die Partner dieses Vertrages führen eine gemeinsame Registrierungsstelle für Verträge nach § 140 a ff. SGB V fort.
- (2) Mit der Durchführung der gemeinsamen Registrierungsstelle wird die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS, Düsseldorf) durch die Partner dieses Vertrages beauftragt.
- (3) Einzelheiten der Organisation ergeben sich aus dem Beauftragungsvertrag.

§ 2

Aufgaben der Registrierungsstelle

- (1) Die gemeinsame Registrierungsstelle nimmt die Meldungen der Krankenkassen über Verträge nach § 140 a ff. SGB V sowie die Meldungen über einbehaltene und verwendete Mittel entgegen.
- (2) Die gemeinsame Registrierungsstelle erteilt Auskünfte an Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser, die von Zahlungskürzungen durch Krankenkassen betroffen sind. Die Registrierungsstelle unterstützt die Krankenkassen insoweit in ihrer Nachweispflicht gemäß § 140d SGB V.
- (3) Die Registrierungsstelle kann bei offensichtlich fehlender Plausibilität der Angaben die meldende Krankenkasse um Überprüfung

bitten. Die Registrierungsstelle darf jedoch die Angaben der Meldebögen nur mit Zustimmung der meldenden Krankenkasse abändern.

- (4) Die Registrierungsstelle erstellt und veröffentlicht gemäß den gesetzlichen Vorgaben des § 140d Abs. 5 SGB V ab dem Jahr 2007 Berichte zur integrierten Versorgung.

§ 3

Meldung von Verträgen nach § 140 a ff. SGB V

- (1) Die Krankenkassen melden den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V der Registrierungsstelle. Der Meldung sind das vertragskennzeichnende Deckblatt sowie die Unterschriftenseite des jeweils abgeschlossenen Vertrages zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V in Kopie beizufügen.
- (2) Zur Vertragsmeldung ist ein von der Registrierungsstelle herauszugebender Meldebogen zu verwenden, der folgende Angaben enthält:
- Vertragsbezeichnung,
 - Vertragsgegenstand (z.B. Indikation),
 - Vertragspartner,
 - Versorgungsmerkmale
 - Vertragsbeginn/-dauer,
 - Beginn des Abzugs,
 - Versorgungsregion,
 - geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus § 140 a ff. SGB V sowie relevanter Kalkulationsgrundlagen (insbesondere geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten),
 - aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird
 - Mittelverwendung
 - Realisierung der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung.
- (3) Die Angabe der Versorgungsregion richtet sich nach den Zuständigkeitsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene. Die Angabe mehrerer Bereiche und die Angabe des gesamten Bundesgebietes sind zulässig, soweit der Versorgungsauftrag des Vertrags zur integrierten Versorgung dies erfordert.
- (4) Die aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Kürzungsquote ist in den jeweiligen Versorgungsregionen einheitlich auf alle Zahlungen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser anzuwenden. Die Anwendung der Kürzungsquote richtet sich nach den Anlagen 1 (Kassenärztliche Vereinigungen) bzw. 2 (Krankenhäuser).
- (5) Die den Vertrag meldende Krankenkasse haftet für die Richtigkeit der Angaben im Meldebogen. Eine auf Grund einer falschen Mel-

dung vorgenommene Zahlungskürzung ist bei festgestellter Unrichtigkeit der Angaben zurückzuführen.

- (6) Die Krankenkassen melden der Registrierungsstelle wesentliche Veränderungen in Bezug auf die gemeldeten Verträge.

§ 3a

Darlegung der Mittelverwendung

- (1) Die Krankenkassen legen in einem weiteren Meldebogen die Verwendung der Mittel aus der Anschubfinanzierung eines Jahres gegenüber der Registrierungsstelle dar.
- (2) Ergibt sich aus dieser Meldung eine Rückzahlungsverpflichtung, so erfolgt gegenüber den von einer Rückzahlung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein differenzierter Nachweis¹.

§ 4

Auskunftserteilung

- (1) Die Registrierungsstelle ist verpflichtet, auf Anfragen von Auskunftsberechtigten nach Absatz 3, die schriftlich oder per E-Mail gestellt werden, Auskünfte über die bei ihr gemeldeten Verträge sowie über die einbehaltenen und verwendeten Mittel zu erteilen. Die Registrierungsstelle übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der gemeldeten Angaben.
- (2) Die Auskünfte umfassen die Angaben nach § 3 Abs. 2 sowie nach § 3a Abs. 1 und müssen es den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ermöglichen, die Berechtigung einer Zahlungskürzung dem Grunde und der Höhe nach nachzuvollziehen. Die gemeinsame Registrierungsstelle führt insoweit auch Übersichten über die aggregierten Abzugsquoten je Krankenkasse und Versorgungsregion.
- (3) Auskunftsberechtigt sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser, die von einer Zahlungskürzung durch einzelne oder mehrere Krankenkassen betroffen sind. Die Partner dieses Vertrages sind sich darin einig, dass auch sie ein gemeinsames Auskunftsrecht gegenüber der Registrierungsstelle haben.
- (4) Die Auskünfte werden ausschließlich schriftlich oder per E-Mail erteilt, um sicherzustellen, dass die Authentizität des Informationsempfängers gegeben ist.
- (5) Weitergehende inhaltliche Auskunftsrechte der vom Abzug betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser werden durch die Auskunftserteilung nicht eingeschränkt.

§ 5

Finanzierung

¹ Die Primärkassen empfehlen die Verwendung der vertragsbezogenen Konformitätserklärung gem. ihrer Empfehlung vom 25.09.2007.

- (1) Die Finanzierung der Registrierungsstelle erfolgt durch die Partner dieser Vereinbarung.
- (2) Von den jährlichen Kosten der gemeinsamen Registrierungsstelle werden die ersten 93.000 EUR nach dem Schlüssel 10% DKG, 10% KBV und 80% Spitzenverbände der Krankenkassen aufgeteilt. Von den darüber hinausgehenden jährlichen Kosten in Höhe von 14.880 EUR tragen die DKG und die KBV je 3.720 EUR und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam 7.440 EUR.

§ 6

Weiterer Regelungsbedarf

Die Partner dieser Vereinbarung werden sich über weitere Fragen zur Umsetzung des § 140d SGB V rechtzeitig verständigen. Zu den regelungsbedürftigen Sachverhalten zählen auch die Modalitäten des Auslaufens der Anschubfinanzierung.

§ 7

Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.
- (2) Der Vertrag endet spätestens am 30. Juni 2009.
- (3) Vor Ablauf dieser Frist kann der Vertrag von jedem Beteiligten zum Ablauf eines Kalenderhalbjahres mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten gekündigt werden.

Anlage 1: Berechnung der Zahlungskürzung bei Kassenärztlichen Vereinigungen

- (1) Abschlagszahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind wie folgt zu kürzen:
$$\text{errechnete Abzugsquote} \times \text{angeforderter Zahlbetrag} = \text{Kürzungsbetrag}$$
- (2) Schlusszahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind wie folgt zu kürzen:
$$\text{errechnete Abzugsquote} \times (\text{Gesamtvergütung abzgl. fehlerhaft bzw. systematisch abweichend zugeordneter Beträge}) = \text{Kürzungsbetrag}$$

Anlage 2: Berechnung der Zahlungskürzung bei Krankenhäusern

- (1) Für den Abzug nach § 140d SGB V wird ein neuer Entgeltartenschlüssel „47200001“ festgelegt, der nur in Verbindung mit einem Zahlungssatz verwendet werden kann, d.h. die Rechnungskürzung wird durch die Krankenkasse vorgenommen.
- (2) Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten vor Berechnung des Abzugs nach § 140d SGB V abgesetzt:

40000000 Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BpflV oder § 14 Abs. 8 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Investitionszuschlag)

41xxxxxx Entgelt für vorstationäre Behandlung

42xxxxxx Entgelt für nachstationäre Behandlung

43xxxxxx Pflegesatz bei Beurlaubung (ggf. bei Abrechnung nach BpflV)

45xxxxxx Wählleistung Unterkunft (nur Knappschaft)

46xxxxxx Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V Zu- und Abschläge nach GMG

4710000x Zuschläge nach GMG

4800000x DRG-Systemzuschlag

61xxxxxx Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V

75xxxxxx Zu- und Abschlag nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

(3) Der von der Krankenkasse auszahlende Zahlungsbetrag wird wie folgt ermittelt:

Abzugsgrundlage (Summe der Entgelte mit Abzug)

+ Entgelte ohne Abzug (s.o.)

./. Zahlungsbetrag

Rechnungsbetrag des Krankenhauses

./. (Abzugsgrundlage x max. 0,01, Abzug nach § 140d SGB V)

Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen (Segment ZPR)

8.2.3 Meldebögen

Meldebogen für Verträge zur integrierten Versorgung mit Beginn bis 31.03.2007

BQS Bundesgeschäftsstelle
 Qualitätssicherung gGmbH
 Registrierungsstelle § 140d
 Kanzlerstr. 4
 40472 Düsseldorf

Fax: 0211-28 07 29 99 Datum:

Meldung über einen Vertrag zur integrierten Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Der Vertrag trägt die Bezeichnung:

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

Die Partner des Vertrages sind:

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

Der Abzug beginnt ab dem .

Der Vertrag führt zu einer Rechnungskürzung in folgenden Versorgungsregion(en):

<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 Koblenz
<input type="checkbox"/> KV Mecklenburg-Vorpommern	<input type="checkbox"/> KV Niedersachsen	<input type="checkbox"/> KV Nordbaden	<input type="checkbox"/> KV Nordrhein
<input type="checkbox"/> KV Nord-Württemberg	<input type="checkbox"/> KV Pfalz	<input type="checkbox"/> KV Rheinhessen	<input type="checkbox"/> KV Rheinland-Pfalz
<input type="checkbox"/> KV Saarland	<input type="checkbox"/> KV Sachsen	<input type="checkbox"/> KV Sachsen-	<input type="checkbox"/> KV Schleswig-

Abbildung 13: Vertragsmeldung bis 31.03.2007, S.1

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

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 Vertragsbeginn, 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 anzugeben. 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 Vergütungsvolumens sollen die Meldungen über Verträge nach § 140a SGB V Angaben enthalten über dies

- 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.

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 Versichertem).

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.

Meldebogen für Verträge zur integrierten Versorgung nach dem GKV-WSG ab 01. April 2007

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	

Abbildung 15: Vertragsmeldung ab 01.04.2007, S.1

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 Rechnerkürzung 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
--	--	--

Abbildung 16: Vertragsmeldung ab 01.04.2007, S.2

Anhang

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

Abbildung 17: Vertragsmeldung ab 01.04.2007, S.3

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

(bitte ausschließlich für Meldungen mit Vertragsbeginn ab dem 01.04.2007 verwenden)

Die nachfolgenden Regelungen gelten für Verträge, welche den gesetzlichen Voraussetzungen der §§ 140a ff. SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) entsprechen. Für Verträge, die vor dem oder bis zum 31.03.2007 vereinbart wurden, verwenden Sie bitte weiterhin den auf unseren Internetseiten abzurufenden Meldebogen.

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 Erhöhung der Transparenz befürworten die Träger der Registrierungsstelle, dass die Krankenkassen alle abgeschlossenen Verträge nach §§ 140a ff. SGB V melden.

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) Versorgungsmerkmale
- e) Vertragsbeginn/-dauer,
- f) Beginn des Abzugs,
- g) Versorgungsregion,
- h) geschätztes Vergütungsvolumen zur Finanzierung von Leistungen aus § 140 a ff. SGB V sowie relevanter Kalkulationsgrundlagen (insbesondere geschätzte Anzahl der teilnehmenden Versicherten),
- i) aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird
- j) Mittelverwendung
- k) Realisierung der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung.

Nachfolgende Hinweise sollen das Ausfüllen der vereinbarten Meldebögen erleichtern.

1. 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).

2. 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.

Zusätzlich ist der Vertragsgegenstand mindestens einem der vorgegebenen Kategorien zuzuordnen.

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

3. Vertragspartner

Unter der Rubrik "Vertragspartner" werden die dem Rubrum zu entnehmenden Vertragspartner der integrierten Versorgung (z.B. Krankenkasse, Krankenhaus, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren, einzelne Ärzte und Therapeuten) von der Registrierungsstelle namentlich aufgeführt. Sie müssen an dieser Stelle im Meldebogen nicht wiederholt werden. Darüber hinaus besteht jedoch im Meldebogen die Möglichkeit, weitere Vertragspartner aufzuführen. Alle Vertragspartner sind jedoch den vorgegebenen Kategorien zuzuordnen.

4. Versorgungsmerkmale

§ 140a Abs. 1 S. 1 SGB V sieht vor, dass Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten und/oder eine interdisziplinärfachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen können.

Leistungssektoren sind beispielsweise die akutstationäre Versorgung sowie die vertragsärztliche Versorgung. Danach ist also eine vertraglich vereinbarte Versorgung sektorenübergreifend, wenn der in dem Vertrag vereinbarte Versorgungsauftrag mindestens zwei Sektoren umfasst. Ein Beispiel stellt eine Kooperation von Vertragsärzten mit Krankenhäusern dar. Der Begriff der interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung ist insbesondere für Kooperationen innerhalb eines Versorgungssektors relevant.

5. Vertragsbeginn/-dauer

Die Angaben zum Vertragsbeginn müssen sowohl den Vertragsbeginn, 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.

6. Versorgungsregion

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

7. Vergütungsform

Bitte geben Sie die mit dem/den Vertragspartner/n vereinbarte Vergütungsform an (Einzelleistung, Komplexpauschale, Mischform etc.).

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

Erforderlich sind Angabe zu:

- 8.1. Umfang der vereinbarten Vergütung, bezogen auf den genannten Abzugszeitraum,
- 8.2. Anzahl der teilnehmenden Versicherten, bezogen auf den genannten Abzugszeitraum.
- 8.3. Aus dem Vergütungsvolumen abgeleitete Quote, die zur Zahlungskürzung in Ansatz gebracht wird.

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

Zu melden sind nur die Beträge, die für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen sowie für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben verwendet werden. (§ 140d Abs. 1 S. 2 SGB V).

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 Versichertem).

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.

9. Erklärung über die Verwendung der einbehaltenen Mittel (§§ 140d SGB V Abs. 1 S. 2 SGB V)

Gemäß § 140d Abs. 1 S. 2 SGB V dürfen die einbehaltenen Mittel nur für die in dem Meldebogen genannten Sektoren verwendet werden.

Seit dem 1. April 2007 sind die Mittel der Anschubfinanzierung nur noch für Leistungen der ambulanten oder stationären Versorgung zu verwenden. Diese beschriebene Beschränkung (Felder 1 und 2) gelten nicht für besondere Integrationsaufgaben (Feld 3). Als besondere Integrationsaufgaben gelten beispielsweise die Koordinierung von Leistungen, Case- Management, etc. Darüber hinaus bleibt es bei der bisherigen Rechtslage, wonach auch nicht ärztliche Heilberufe, sofern sie die Voraussetzung des § 140b Abs. 1 SGB V erfüllen, Integrationsverträge abschließen dürfen.

10. Erklärung zur bevölkerungsbezogenen Flächendeckung

Der Gesetzgeber hat das Merkmal der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung nicht zur Voraussetzung für den Abschluss eines Integrationsvertrages gemacht; die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen.

Eine Flächendeckung ist insbesondere gegeben, wenn den Versicherten in einer größeren Region (z.B. mehrere Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankung) in einer integrierten Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird.

Meldung zur Mittelverwendung

BQS Bundesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung gGmbH
Registrierungsstelle § 140d
Kanzlerstr. 4

40472 Düsseldorf

Fax: 0211-28 07 29 99

Datum:

Meldung über die nach § 140d SGB V einbehaltenen und verwendeten Mittel (Anschubfinanzierung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melden wir gemäß § 3a der Vereinbarung über die Fortführung der gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V mit Abrechnungsstand vom [Tag, Monat, Jahr] folgende Daten:

Kalenderjahr 2004:

1. In 2004 vom Abzug betroffene Versorgungsregion¹:
2. In 2004 vorhandene Verträge:
3. In 2004 einbehaltene Finanzmittel (Gesamt):
4. In den Jahren 2004 bis 2006 davon ausgegebene Finanzmittel (Gesamt):
5. Saldo:
6. Anteil der nicht ausgegebenen Mittel in %:

Kalenderjahr 2005:

1. In 2005 vom Abzug betroffene Versorgungsregion¹:
2. In 2005 vorhandene Verträge:
3. In 2005 einbehaltene Finanzmittel (Gesamt):

Abbildung 18: Meldung zur Mittelverwendung, S.1

8.3 Literaturverzeichnis

Becker U, Kingreen T. SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. München. Beck; 2008.

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS). Hinweise zur Meldung von abgeschlossenen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V gegenüber der Registrierungsstelle (BQS). 2004.

<http://www.bqs-register140d.de/Ausf%FCIIhinweise-Meldebogen.pdf>

(Recherchedatum: 17.04.2009).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand, Monatswerte.

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/DE/Gesundheit/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung.html

(Recherchedatum:

17.04.2009).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesetzliche Krankenversicherung – Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart.

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/DE/Gesundheit/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung.html

(Recherchedatum:

17.04.2009).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Spitzenverbände der Krankenkassen. Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V. 2003.

<http://www.bqs-register140d.de/Vereinbarung140d.pdf> (Recherchedatum 17.04.2009).

Deutscher Bundestag. Drucksache 16/3100. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). 2006.

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf> (Recherchedatum: 17.04.2009).

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Definitionshandbuch 2009 – Kompaktversion Band 1 (Stand 12.12.2008). 2008.

http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2009/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2009

(Re-

cherchedatum 13.05.2009).