

Qualitätszuschläge zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung

Durch das AOK-Facharztprogramm Kardiologie wird eine verbesserte ambulante kardiologische Versorgung realisiert. Die Vertragspartner verbinden damit die Erwartung, dass insbesondere bei HZV-Versicherten medizinisch nicht notwendige Krankenhauseinweisungen reduziert werden. Gleichwohl ist mit diesem Vertrag für jeden in die HZV eingeschriebenen Versicherten auch weiterhin das Recht verbunden, im medizinisch erforderlichen Fall uneingeschränkt Krankenhausbehandlungen gemäß SGB V in Anspruch nehmen zu können.

Die am AOK-Facharztprogramm Kardiologie teilnehmenden Ärzte erhalten einen Bonus Q2 (unterteilt in Q2a und Q2b), wenn sich im Zuge der Umsetzung einer zielgenauen Krankenhauseinweisung die Krankenhausausgaben im Analysejahr über alle HZV-Versicherten gemäß der in dieser Anlage beschriebenen Berechnung gegenüber dem jeweils zugeordneten Basisjahr verringern.

Für die Berechnung des Bonus Q2 haben sich die Vertragspartner ab dem Analysejahre 2013 auf eine von der bisher vereinbarten abweichenden Berechnungsmethode verständigt. Aufgrund der dabei gewonnenen Erkenntnisse haben sich die Vertragspartner auf das nachfolgende Verfahren geeinigt.

1. Basisdaten

1.1 Bildung von Versichertenkollektiven

Zur Ermittlung der Größe „Krankenhausausgaben pro Kopf“ werden je Analysejahr jeweils Kollektive für Versicherte, die an der HZV teilnehmen (**HZV-Kollektiv**) und für Versicherte, die im Rahmen der Regelversorgung (RV) ambulant behandelt werden (**RV-Kollektiv**), gebildet.

In beiden Kollektiven werden nur Versicherte berücksichtigt, die im untersuchten Kalenderjahr an mindestens 360 Tagen versichert waren, das 18. Lebensjahr bereits vollendet und mindestens ein Hausarztkontakt in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus bleiben Versicherte, die im Analyse- oder Folgejahr verstorben sind, von der Betrachtung ausgeschlossen.

Von diesen Versicherten werden im HZV-Kollektiv nur diejenigen berücksichtigt, die an mindestens 360 Tagen des Analysejahres an der HZV teilnahmen und wenigstens eine vertragskonforme Behandlung bei einem HZV-Arzt in Anspruch genommen haben. Weiterhin werden für das HZV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine hausärztliche Behandlung im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

Im RV-Kollektiv werden hingegen nur die Versicherten herangezogen, die weder im Analysejahr, noch in den drei davorliegenden Kalenderjahren an der HZV teilgenommen haben. Weiterhin werden für das RV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine Behandlung bei einem HZV-Arzt im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

In beiden Kollektiven werden ambulante Notfall- oder Vertreter-Behandlungen nicht berücksichtigt.

1.2 Basisjahr

Bis zum Analysejahr 2014 wird das Jahr 2009 als Basisjahr herangezogen. Für die Folgejahre wird jeweils das 5. Jahr vor dem jeweiligen Analysejahr als Basisjahr verwendet. Somit gilt beispielsweise für das Analysejahr 2015 das Jahr 2010 als Basisjahr. Hierdurch sollen Verzerrungen, z.B. durch jährliche ICD-10-Änderungen, reduziert werden.

2. Ermittlung der Krankenhauseinsparungen

2.1. Krankenhausausgaben pro Kopf

Es werden zunächst die Krankenhausausgaben pro Kopf im Analyse- und Basisjahr sowohl für das HZV-Kollektiv als auch für das RV-Kollektiv in Form von Rohwerten ermittelt.

Dafür werden alle Krankenhauspatienten aus dem jeweiligen Versichertenkollektiv berücksichtigt, die im untersuchten Kalenderjahr mit einer **Krankenhaushauptdiagnose** aus den folgenden Gebieten entlassen wurden:

- KHK
- Herzinsuffizienz
- Herzrhythmusstörungen

Die konkrete Zuordnung der ICD-Diagnosen zu diesen Kategorien ist im Anhang 6 zu Anlage 12 definiert. Für die Analyse werden hierzu die kompletten ICD-10 3-Steller verwendet, um zukünftige Anpassungen an der 4. und/oder 5. Stelle bei ICD-10-Fortschreibungen zu vermeiden. Von diesen Krankenhausfällen wird der Gesamtbetrag der Krankenhausrechnung berücksichtigt.

2.2 Standardisierung

Da das HZV-Kollektiv und das RV-Kollektiv eine unterschiedliche Struktur aufweisen, erfolgt eine Standardisierung des RV-Kollektivs nach der Struktur des HZV-Kollektivs hinsichtlich Alter, Geschlecht und relativem Risikowert. Im Ergebnis werden dadurch die standardisierten Krankenhausaussgaben im RV-Kollektiv ermittelt, welche dann den Krankenhausaussgaben im HZV-Kollektiv gegenüber gestellt werden.

2.3 Preisentwicklung

Zur Korrektur der Preisentwicklung wird zunächst die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V herangezogen. Für 2010 ist dies 1,54 %. Ab dem Jahr, in dem der Veränderungswert gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V ablöst, wird der Veränderungswert gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG zur Korrektur der Preisentwicklung herangezogen.

2.4 Brutto-Kosteneinsparung der Krankenhausaussgaben

Zur Ermittlung der Brutto-Kosteneinsparungen werden zunächst die Krankenhausaussgaben pro Kopf um die unter 2.2 beschriebene Preisentwicklung bereinigt. Für das Analyse- und Basisjahr werden jeweils die bereinigten Pro-Kopf-Krankenhausaussgaben des HZV-Kollektivs von den bereinigten Pro-Kopf-Aussgaben des RV-Kollektivs subtrahiert. Anschließend wird die ermittelte Ausgabendifferenz im Basisjahr von der Ausgabendifferenz im Analysejahr abgezogen.

2.5 Krankenhaus-Budgeteffekt

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt nicht ausschließlich auf Basis der abgerechneten Leistungen. Zusätzlich werden Budgets vereinbart und Mehr- und Mindererlösausgleiche mit abgestaffelten Erlösausgleichssätzen durchgeführt. Die Vertragspartner stimmen darüber ein, dass diese Methodik bei der Ermittlung der jährlichen Veränderung der Krankenhausaussgaben

zu berücksichtigen ist. So wird ein Abschlag von 35 % auf die nach 2.2 und 2.3 errechnete prozentuale Veränderungsrate vorgenommen.

2.6 Netto-Kosteneinsparung der Krankenhausaussgaben

Nach Bereinigung der Brutto-Einsparungen um den Krankenhaus-Budgeteffekt ergeben sich die Netto-Einsparungen pro Kopf. Das Verhältnis von den Netto-Einsparungen pro Kopf im Analysejahr zu den Ausgaben pro Kopf der RV-Kollektivs im Analysejahr ergibt die Netto-Einsparungsquote pro Kopf.

3. Vereinbarte Quoten

Die Qualitätszuschläge Q2 werden an alle teilnehmenden Fachärzte ausgeschüttet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Qualitätszuschlag	Voraussetzung
Q2a:	Die Netto-Einsparungsquote der Krankenhausaussgaben pro Kopf ist größer oder gleich 3,000 %.
Q2b:	Die Netto-Einsparungsquote der Krankenhausaussgaben pro Kopf ist größer oder gleich 5,000 %. (Vergütung erfolgt dann zusätzlich zu Q2a).

Die Zuschläge werden – wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind – rückwirkend auf die im Analysejahr abgerechneten Entgelte aufgeschlagen.

4. Verfahren zur Ermittlung und Auszahlung

Die Ermittlung der Netto-Krankenhausaussgaben und damit die Ermittlung der Quoten Q2 erfolgt erstmals im 2. Quartal 2016 für das Jahr 2014. Die AOK ermittelt hierfür bis 31.05.2016 die Netto-Entwicklung der Krankenhausaussgaben und stellt den Vertragspartnern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Informationen zur Verfügung, die erforderlich sind, um diese Berechnung nachvollziehen zu können. Der Projektbeirat stellt gemeinsam auf Basis dieser Daten bis 30.06.2016 fest, ob die Voraussetzung für die Ausschüttung dieser Qualitätszuschläge erfüllt ist. Falls die Voraussetzungen gemäß dieser Anlage erfüllt sind, streben die Vertragspartner an, die Ausschüttung mit der nächstmöglichen Abrechnung durchzuführen.