

Qualitätszuschlag für zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen

Durch das AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie wird eine verbesserte ambulante Versorgung realisiert. Die Vertragspartner verbinden damit die Erwartung, dass insbesondere bei HZV-Versicherten medizinisch nicht notwendige stationäre Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule 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 / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie teilnehmenden und abrechnenden FACHÄRZTE gemäß Abschnitt II, § 2 Hauptvertrag erhalten im Analysejahr einen Bonus Q6 auf die Zusatzpauschale P2b „spezifischer Rückenschmerz“, wenn sich im Zuge der Umsetzung einer zielgenauen Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen die Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule über alle HZV-Versicherten gemäß der in dieser Anlage beschriebenen Berechnung gegenüber dem jeweils zugeordneten Basisjahr verringert.

Für die Berechnung des Qualitätszuschlags Q6 haben sich die Vertragspartner ab dem Analysejahr 2014 auf folgende Berechnungsmethode verständigt.

1. Basisdaten:

1.1 Bildung von Versichertenkollektiven

Zur Ermittlung der Größe „Anzahl WS-OP“ 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 einen 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 2018 wird das Jahr 2013 als Basisjahr herangezogen. Für die Folgejahre wird jeweils das 5. Jahr vor dem jeweiligen Analysejahr als Basisjahr verwendet. Somit gilt beispielsweise für das Analysejahr 2019 das Jahr 2014 als Basisjahr. Hierdurch sollen Verzerrungen, z.B. durch jährliche ICD-10-Änderungen, reduziert werden.

2. Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule im Analysejahr

2.1 Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen im Analysejahr

Es werden zunächst die stationären Krankenhausbehandlungen je 10.000 Versicherte mit Wirbelsäulenoperationen im Analyse- und Basisjahr sowohl für das HZV-Kollektiv als auch für das RV-Kollektiv in Form von Rohwerten ermittelt. Dafür werden alle stationären Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen berücksichtigt, deren Aufnahmezeitpunkt im untersuchten Kalenderjahr liegt und in der zugehörigen Abrechnung gem. § 301 SGB V entsprechende OPS der OPS-Gruppe 5-83 "Operationen an der Wirbelsäule" übermittelt werden.

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 Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte im RV-Kollektiv ermittelt, welche dann der Anzahl der Krankenhausausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte im HZV-Kollektiv gegenüber gestellt werden.

2.3 Ermittlung der Quote „Einsparung an Krankenhausbehandlungen“

Zur Ermittlung der Quote „Einsparungen an Krankenhausbehandlungen“ werden jeweils für das Analyse- und Basisjahr die gem. 2.1 ermittelten stationären Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte des HZV-Kollektivs von den standardisierten Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte des RV-Kollektivs subtrahiert. Anschließend wird die ermittelte Differenz im Basisjahr von der Differenz im Analysejahr abgezogen. Diese Differenz wird anschließend ins Verhältnis zu der Anzahl der stationären Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte des RV-Kollektivs im Analysejahr gesetzt. Das Ergebnis stellt die Quote „Einsparungen an Krankenhausbehandlungen“ mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule je 10.000 Versicherte des HZV-Kollektivs dar.

3. Vereinbarte Quoten

Der Qualitätszuschlag Q6 wird an alle teilnehmenden FACHÄRZTE, die nach Anlage 12 Abschnitt 1 Teil B abrechnen, ausgeschüttet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die absolute Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule im Analysejahr je 10.000 Versicherte **des HZV-Kollektivs** verringerte sich gegenüber dem Basisjahr um 20,0%.

Der Zuschlag wird – wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind – rückwirkend auf die im Analysejahr abgerechneten Entgelte aufgeschlagen.

4. Verfahren zur Ermittlung und Auszahlung

Die Ermittlung der absoluten Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule je 10.000 Versicherte **des HZV-Kollektivs** und damit die Ermittlung, ob die Quote Q6 erreicht wurde, erfolgt erstmals im 3. Quartal 2016 für das Jahr 2014. Die AOK ermittelt hierfür bis 30.09. die Entwicklung der absoluten Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule im

Analysejahr je 10.000 Versicherte **des HZV-Kollektivs** und stellt den Vertragspartnern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Informationen zur Verfügung, die erforderlich sind, um diese Ermittlung nachvollziehen zu können. Die Vertragspartner stellen gemeinsam auf Basis dieser Daten bis 30.09. fest, ob die Voraussetzungen für die Ausschüttung dieses Qualitätszuschlags erfüllt sind. Falls die Voraussetzungen gemäß dieser Anlage erfüllt sind, erfolgt die Ausschüttung mit der nächstmöglichen Abrechnung.

Bei Erreichen der Quote Q6 gem. o.g. Regeln erfolgt die Vergütung auch durch die Bosch BKK.