

Qualitätszuschlag zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung

Durch das AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie wird eine verbesserte ambulante 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 / Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß Anlage 12 Abschnitt 1 Teil B erhalten einen Bonus PYQ1, 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 Qualitätszuschlags PYQ1 haben sich die Vertragspartner ab dem Analysejahr 2014 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 kollektivvertraglichen Versorgung bzw. 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 ver-

tragskonforme 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 2017 wird das Jahr 2012 als Basisjahr herangezogen. Für die Folgejahre wird jeweils das 5. Jahr vor dem jeweiligen Analysejahr als Basisjahr verwendet. Somit gilt beispielsweise für das Analysejahr 2018 das Jahr 2013 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 **Krankenhauptdiagnose** aus dem Kapitel V. des ICD 10 (Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)) entlassen wurden. Von diesen Krankenhäusfällen 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 Krankenhausausgaben im RV-Kollektiv ermittelt, welche dann den Krankenhausausgaben im HZV-Kollektiv gegenüber gestellt werden.

2.3 Preisentwicklung

Zur Korrektur der Preisentwicklung wird für die Jahre bis inklusive 2012 zunächst die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V zzgl. 40% der Berichtigungsrate gem. § 6 Abs. 2 Satz 3 BPflV herangezogen.

Für das Jahr 2013 ist der Veränderungswert gem. § 18 Satz 1 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPflV zzgl. 40% der Berichtigungsrate gem. § 6 Abs. 2 Satz 3 BPflV des Jahres 2012 anzusetzen. → 2 % + 0,61 %.

Für das Jahr 2014 wird der Veränderungswert gem. § 18 Satz 1 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPflV zzgl. 40% der Erhöhungsrates gem. § 18 Abs. 1 Satz 2 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG des Jahres 2013 herangezogen. → 2,81 % + 0,26 %.

Für die Jahre 2015 und 2016 wird der Veränderungswert gem. § 18 Satz 1 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPflV angesetzt. → 2015: 2,53 % bzw. 2016: 2,95 %.

Ab dem Jahr 2017 ist der Veränderungswert gem. § 18 Satz 1 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPflV zzgl. 40% der Erhöhungsrates gem. § 18 Abs. 3 BPflV i.V.m. § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG des jeweiligen Vorjahres anzusetzen. → 2017: 2,5 %. Die folgenden Jahre werden analog berechnet. Sollten sich insbesondere gesetzliche Änderungen ergeben, die die Berechnung der Preisentwicklung betreffen, wird die Berechnungsweise zwischen den Vertragspartnern neu konsentiert.

2.4 Brutto-Kosteneinsparung der Krankenhausaussgaben

Zur Ermittlung der Brutto-Kosteneinsparungen werden zunächst die Krankenhausaussgaben pro Kopf des HZV- und des RV-Kollektivs um die unter 2.3 beschriebenen Preisentwicklungen für das jeweilige Analysejahr bereinigt. Daraufhin werden jeweils für das Analyse- und Basisjahr 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 2.4 errechnete Bruttoeinsparung 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 des RV-Kollektivs im Analysejahr ergibt die Netto-Einsparungsquote pro Kopf.

3. Vereinbarte Quoten

Der Qualitätszuschlag PYQ1 wird an alle an der Anlage 12 Abschnitt 1 Teil B teilnehmenden FACHÄRZTE ausgeschüttet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Netto-Einsparquote der Krankenhausaussgaben pro Kopf ist im laufenden Analysejahr gegenüber dem Basisjahr größer oder gleich 5,0%

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 Netto-Krankenhausaussgaben und damit die Ermittlung der Quote PYQ1 erfolgt erstmals im 3. Quartal 2016 für das Jahr 2014. Die AOK ermittelt hierfür bis 30.09. 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 30.09. 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 PYQ1 gem. o.g. Regeln erfolgt die Vergütung auch durch die Bosch BKK.