

Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im HZV-Vertrag nach § 73b Abs. 5 SGB V

Die Bewertung des HZV-Vertrages erfolgt anhand von Indikatoren, die die Qualität und daraus des HZV-Vertrages operationalisiert darstellen und ermöglichen, die definierten Kriterien zu prüfen. Die Eignung und anschließende Aufnahme eines Indikators in das vorliegende Indikatoren-Set wurde zunächst anhand eines Bewertungskonzepts überprüft. Das zugrundeliegende Bewertungskonzept wurde von der HÄVG AG initial zusammen mit dem Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung FiGuS GmbH entwickelt. Hierdurch werden mögliche Indikatoren vorab durch ein mehrstufiges Bewertungsraster hinsichtlich der Eignung als HZV-Indikator analysiert.

- (1) Die zur Messung benötigten Kennzahlen werden von der nach Anlage 9 § 4 Abs. 3 zu bildenden Arbeitsgemeinschaft gemeinschaftlich in Abhängigkeit der vertragsindividuellen Gegebenheiten entwickelt.
- (2) Die Vertragspartner haben zudem die Möglichkeit qualitative, explorative Erhebungen durchzuführen und bei innovativen Versorgungsmodulen das Indikatoren-Set zu erweitern.
- (3) Im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern kann die BAHN-BKK die Evaluation und Vertragsweiterentwicklung, z. B. durch Qualitätsberichte und Etablierung des vom WidO entwickelten Instruments „QuATRo in der HZV“, unterstützen.

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass der Erfolg des HZV-Vertrages dargestellt werden soll. Folgende vertragsspezifische Prozess- und Ergebniskriterien mit entsprechenden Indikatoren werden aufgrund dessen für den HZV-Vertrag herangezogen und können nach Absatz 1 anlassbezogen erweitert / verändert werden:

- (1) Prozessqualität:
 - a) Sicherstellung der bedarfsorientierten ambulanten Versorgung (insbesondere chronisch Kranker) von HZV-Versicherten:
 - Anteil Praxen mit VERAH, zur Übernahme delegierbarer Leistungen
 - Anteil Besuchsleistungen (Hausbesuche) bei infrage kommenden Versicherten
 - DMP-Teilnahmerate je DMP bei infrage kommenden Versicherten
 - Anteil psychosomatischer Leistungsanspruchnahme bei infrage kommenden Versicherten

- b) Förderung von Präventionsleistungen:
 - Anteil Versicherte ab 60 Jahren (gemäß der aktuellen Empfehlung lt. STIKO) mit Influenzaimpfung
 - Anteil Versicherter ab 35 Jahren, die eine Gesundheitsuntersuchung erhalten haben
 - Anteil durchgeführter abdomineller Sonographien bei infrage kommenden Versicherten
 - Anteil durchgeführter Schilddrüsen-Sonographien bei infrage kommenden Versicherten
- c) Förderung des Prinzips "ambulant vor stationär":
 - Anzahl der vollstationären Krankenhausbehandlungsfälle je Versicherten
- d) Reduzierte Arzneimittelkosten unter Berücksichtigung der therapeutischen Notwendigkeit:
 - Anteil verordneter Generika
 - Anteil verordneter Biosimilars am biosimilarfähigen Markt
 - Anteil der Patienten mit erhöhtem Verbrauch an Protonenpumpenhemmern ohne entsprechende Indikation
- e) Leistungskoordination durch Hausarzt-/ Praxisbindung:
 - Hausarztbindung (Continuity of Care)
 - Anteil der fachärztlichen Behandlungsfälle mit / ohne Überweisung durch einen Hausarzt

(2) Ergebnisqualität:

- a) Förderung des Prinzips "ambulant vor stationär":
 - Anteil ambulant-sensitiver Krankenhausfälle im Verhältnis zu allen Krankenhausbehandlungsfällen
- b) Reduzierte Arzneimittelkosten unter Berücksichtigung der therapeutischen Notwendigkeit:
 - Bruttoarzneimittelkosten je Versicherten