

Anlage 2 zur Honorarvereinbarung 2013

Gemäß §87a Abs. 2 Satz 3 SGB können Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen vereinbart werden. Entsprechend des B-BWA vom 22.10.12 in seiner 288. Sitzung ist dies möglich, soweit Veränderungen in Art und Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn im Sinne der Verbesserung der Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert wird. Im Folgenden ist darzulegen, in welcher Weise Mängel in der Versorgung bestehen und inwieweit durch die Förderung der Leistungen eine Verbesserung der Ergebnisqualität bewirkt werden kann; dazu können auch Zuschläge zum OW bei einzelnen Leistungen an Parameter der Struktur- und Prozessqualität gebunden werden.

Die nachfolgend näher beschriebenen Versorgungsmängel und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie die Festlegung der Förderhöhe und -kriterien erfolgen alleinverantwortlich durch die KVSH und entfalten keine Präjudiz gegenüber den Krankenkassen für zukünftige und andere Förderungen in Folgejahren (ab Jahre 2015 ff.).

Zu den einzelnen vereinbarten Leistungen und deren Voraussetzungen im Folgenden:

1) Gastroskopie (GOP 13400) ab 1.1.2013

Da betriebswirtschaftliche Aspekte zu einer Bündelung der Untersuchungen führen, mussten bei den Routine-Gastroskopien längere Wartezeiten festgestellt werden. Aufgrund dieser Fördermaßnahme ist davon auszugehen, dass so Wartezeiten im ambulanten Bereich reduziert werden und auf diese Weise u.a. Krankenhauseinweisungen vermieden werden können.

2) Schwindeldiagnostik (GOP 09324, 09325 und 09326) ab 1.4.2013

In der ambulanten Versorgung besteht bei Patienten mit dem Leitsymptom Schwindel nachweislich ein Versorgungsmangel. Zur Abklärung der Symptomatik erfolgt eine stationäre Aufnahme. Oftmals wird der Patient jedoch ohne manifeste Diagnose mit dem Hinweis, sich bei einem HNO-Arzt vorzustellen, entlassen. Im stationären Be-

reich erfolgt daher eine unzureichende bis fehlende Diagnostik, sodass die entscheidende Diagnostik im ambulanten Bereich stattfindet. Die gezielte neurootologische Diagnostik durch niedergelassene HNO-Ärzte erspart den Patienten unnötige Untersuchungen und vermeidet stationäre Behandlungen, sodass durch die Zuschlagsleistung von der geforderten Verbesserung der Ergebnis- und Strukturqualität ausgegangen werden kann.

4) Hyposensibilisierung (GOP 30130, 30131) und Provokation (GOP 30120, 30121, 30122 und 30123) ab 1.4.2013

Eine unzureichende Diagnostik bei Nicht-Durchführung der Provokation sowie die hohe Abbrecherquote bei oraler Hyposensibilisierung, welche eine Ausweitung der Allergien und eine Zunahme der Entwicklung eines Asthma bronchiale begünstigt, stellen einen Versorgungsmangel dar.

Die Durchführung einer Provokation ermöglicht eine gezieltere Behandlung der Patienten und somit einen verbesserten Behandlungserfolg. Die subkutane Hyposensibilisierung fördert die Compliance der Patienten und verringert somit die Abbrecherquote. Dadurch wird die Ergebnisqualität verbessert.

Sofern der subkutanen Hyposensibilisierung ein Provokationstest vorausgeht, werden beide Leistungen gefördert.

5) Urodynamik (GOP 08310, 26312 und 26313) ab 1.4.2013

Die Urodynamik kann qualifiziert und wohnortnah in den niedergelassenen urologischen Praxen erbracht werden. Somit können für den Patienten (prä-) stationäre Aufenthalte vermieden werden. Allerdings wird die genannte Leistung ambulant zunehmend weniger erbracht. Dies stellt einen Versorgungsmangel dar. Eine weitere Verlagerung in den stationären Bereich soll durch eine Förderung dieser Leistung verhindert werden. Das verbessert zum Einen die Strukturqualität; zum Anderen wird die Ergebnisqualität erhöht, da sich die Diagnostik optimiert und sich daher die anschließenden Therapieoptionen effizienter einsetzen lassen. Insgesamt kann somit die Lebensqualität der Patienten erhöht werden.

6) Prostatastanze (GOP 26341) ab 1.4.2013

Die Prostatastanze stellt im ambulanten Bereich eine qualitativ hochwertige minimalinvasive Leistung dar, die in den niedergelassenen urologischen Praxen erbracht werden kann, sodass hierdurch ein stationärer Aufenthalt vermieden werden kann. Allerdings wird die genannte Leistung ambulant zunehmend weniger erbracht. Dies stellt einen Versorgungsmangel dar. Durch die gezielte Förderung dieser Leistung soll dem dargestellten Versorgungsmangel entgegengewirkt werden.

7) Transfusionen (GOP 02110 und 02111) ab 1.4.2013

Es besteht ein Versorgungsmangel in der ambulanten Häufigkeit dieser Leistung. Die Leistungserbringung erfolgt zunehmend stationär, obwohl es sich um eine grundsätzlich stationärsersetzende Leistung handelt. Die Förderung dieser Leistung verbessert die Strukturqualität, da Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

8) Kleine Chirurgie (GOP 02301 und 02302) ab 1.4.2013

Durch die Förderung dieser Leistung im hausärztlichen Versorgungsbereich sowie bei Fachärzten der Chirurgie, Kinderchirurgie und Plastischen Chirurgie soll einem ambulanten Versorgungsmangel entgegengewirkt werden. Die Strukturqualität wird verbessert, da eine Sicherstellung dieser Leistung in der Fläche erfolgt und so Krankenseinweisungen vermieden werden können.

9) Haus- & Heimbefuche bei Patienten ab 70 Jahre und/oder Pflegestufe II und III ab 1.4.2013

Die Förderung soll dem zu verzeichnenden Rückgang der Besuchsleistungen entgegenwirken. Aufgrund des demographischen Wandels und der damit verbundenen steigenden Morbidität ist mit einer weiteren medizinischen Notwendigkeit dieser Leistung zu rechnen. Durch die Förderung wird die Strukturqualität verbessert, da insbesondere die Sicherstellung der Besuchstätigkeit im ländlichen Raum gewährleistet wird und dadurch auch Krankenseinweisungen vermieden werden können.

10) Chronikerziffer (GOP 03212 und 04212) ab 1.1.2013

Entsprechend des B-BWA vom 22.10.12 in seiner 288. Sitzung können die Gesamtvertragspartner Zuschläge auf den Orientierungswert für Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich des EBM im Falle der Behandlung multimorbider Patienten vereinbaren, die an mindestens drei chronischen Erkrankungen entsprechend der vereinbarten Anlage 3 erkrankt sind.

Die Gesamtvertragspartner vereinbaren, dass nach Ablauf von einem Jahr Gespräche/Austausch über eine mögliche Anpassung der ICD-Liste der chronischen Erkrankungen erfolgen können. Es werden lediglich gesicherte Diagnosen im Sinne dieser Regelung anerkannt.

Der von der KVSH festgelegte Förderbetrag wird bei den oben genannten Chronikerziffern so differenziert, dass eine Doppelförderung durch eine Betreuungspauschale bei DMP-Teilnahme oder Onkologievereinbarung zu einer Absenkung des Zuschlags führt.

Zusätzliche Abrechnungsvoraussetzung:

Sämtliche Zuschläge zu den oben genannten besonders förderungswürdigen Leistungen können nur für die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein vergütet werden.