Anlage 3
„Prüf- und Abrechnungsverfahren für die DMP-Qualitätsziele“

Grundsätzliches

(1) „Thüringer Referenzwert“ (TRW)

Grundlage für die Ermittlung des Anspruches auf Vergütung des jeweiligen „Qualitätsbonus“ ist der TRW.

a) Die Datenstelle ermittelt den TRW anhand aller vollständig, plausibel und fristgerecht eingegangenen Folgedokumentationen (gültige FD) entsprechend Anlage 1 Punkt 6.2 des Datenstellenvertrages mit Ausstellungsdatum 01.01. bis 31.12. des auszuwertenden Kalenderjahres, anhand der im Anhang A benannten Auswertungsprocedere, für jedes „Qualitätsziel“.
b) Sind für einen Versicherten und DMP mehrere gültige FD für ein Behandlungsquartal von einem Vertragsarzt (LANR) vorhanden, berücksichtigt die Datenstelle die Folgedokumentation mit dem aktuellsten Folgedokumentationsdatum für den TRW.

(2) Durchschnittswert des koordinierenden Vertragsarztes (DWV)

Grundlage für die Vergütung des jeweiligen „Qualitätsbonus“ ist der DWV je LANR.

a) Die Datenstelle ermittelt den Durchschnittswert für jedes Qualitätsziel für jeden Vertragsarzt (LANR) entsprechend aller vollständig, plausibel und fristgerecht eingegangenen Folgedokumentationen (gültige FD) entsprechend Anlage 1 Punkt 6.2 des Datenstellenvertrages mit Ausstellungsdatum 01.01. bis 31.12. des auszuwertenden Kalenderjahres.
   Grundlage ist hierbei die in den gültigen FD‘s angegebene LANR anhand des im Anhang A benannten Auswertungsprocedere.
b) Hat ein koordinierender Vertragsarzt im Laufe des auszuwertenden Kalenderjahres seine LANR gewechselt, erfolgt die Feststellung des DWV je „Qualitätsbonus“ für jede LANR getrennt.
c) Wurden im Laufe des auszuwertenden Kalenderjahres von mehreren koordinierenden Vertragsärzten (LANR’s) gültige FD‘s für einen Versicherten (KVK bzw. eGK) erstellt, werden die Angaben der gültigen FD’s dem jeweiligen ausstellenden koordinierenden Vertragsarzt (LANR) anerkannt.
d) Sind für einen Versicherten (KVK bzw. eGK) und ein DMP mehrere gültige FD‘s für ein Behandlungsquartal von einem Vertragsarzt (LANR) vorhanden, wird die gültige FD mit dem aktuellsten Folgedokumentationsdatum anerkannt.

(3) Anspruch auf „Qualitätsbonus“ je Qualitätsziel

a) Der Vergütungsanspruch ist im Anhang A je Qualitätsbonus beschrieben.

b) Die Vergütung erfolgt je vergütungsfähiger Pauschale für den Versicherten entsprechend Anhang A.

(4) Vergütungsgrundlage

a) Die Datenstelle erstellt je „Qualitätsbonus“ für das jeweilige Kalenderjahr eine „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ auf Grundlage der Anhänge A und B bis zum 28. Februar des Folgejahres und übermittelt diese an die KVT.
Im Anhang B ist die Datenstelle je „Qualitätsbonus“ für die Erstellung der Spalten 1 bis 6 und 8 bis 11 zuständig. (Näheres ist im „Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten für die Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit inklusive Modul HI (KHK), Brustkrebs, Asthma bronchiale (Asthma), Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)“ beschrieben.)

b) Auf Grundlage der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ (Anhang B) nach Buchstabe a) ermittelt die KVT zunächst die anspruchsberechtigten koordinierenden Vertragsärzte (LANR) in Spalte 7 mit „JA“ bei Zielerreichung und „NEIN“, wenn das Qualitätsziel nicht erreicht wurde.

c) Anhand der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ entsprechend Anhang B errechnet die KVT die Gesamtanzahl der vergütungsfähigen Pauschalen für die Versicherten (KVK bzw. eGK) des jeweiligen anspruchsberechtigten koordinierenden Vertragsarztes (LANR) unter Beachtung der folgenden Voraussetzungen:

- Die KVT prüft anhand des Anhanges B, unter Beachtung Buchstabe b), („Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ in Spalte 7 = „JA“), den Vergütungsanspruch je Versicherten und bestimmt somit die auszahlungsfähigen Pauschalen in der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ in Spalte 12 mit „JA“ bei Erreichung des TRW und „NEIN“, wenn der TRW nicht erreicht wurde.

- Eine Vergütung des Qualitätsbonus kann nur erfolgen, soweit die Krankenkasse die gültige Einschreibung des Versicherten in das entsprechende DMP durch das „DMP-Versichertenverzeichnis“ (Anlage 1) entsprechend Absatz 6 bestätigt bzw. nicht ausgeschlossen hat.

- Die KVT kennzeichnet die Versicherten, die nach der Prüfung entsprechend Absatz 6, Buchstabe b) nicht gültig in das für das Qualitätsziel zutreffende DMP eingeschrieben sind mit „NEIN“ und Zusatzangabe (Positivliste = PL, Negativliste = NL). Wenn eine gültige Einschreibung entsprechend Absatz 6, Buchstabe b) vorliegt, erfolgt in der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ in Spalte 13 eine Kennzeichnung mit „JA“ und Zusatzangabe“ (PL, NL). Eine Kennzeichnung mit „JA“ und Zusatzangabe (kein VV) erfolgt, soweit von der betreffenden Krankenkasse keine oder unvollständige DMP-Teilnehmerverzeichnisse an die KVT übermittelt wurden.

- Die KVT belegt in der Spalte 14 die Versicherten mit „NEIN“, wenn in Spalte 12 der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ die Kennzeichnung mit „NEIN“ hinterlegt ist.
Bei einer gültigen Einschreibung nach Absatz 6, Buchstabe b) mit entsprechender Kennzeichnung in Spalte 13 mit „JA“ und Zusatzangabe“ (PL, NL, kein VV), wird in der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ in Spalte 14 die Kennzeichnung mit „JA“ oder „DOPPELT“ oder „BSNR“ oder „BSNR/LANR“ vorgenommen.

d) Nach Zusammenstellung der Vergütungsgrundlagen in der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ bezugnehmend auf die Spalten 7 und 12 bis 14 ermittelt die KVT in Spalte 15 die zahlungspflichtige VKNR aufgrund von stattgefundenen Fusionen bis zum Abrechnungszeitraum.

e) Die KVT stellt allen Krankenkassen zur Prüfung der „Gültigen Einschreibung des Versicherten in das entsprechende DMP“ nach „DMP-Versichertenverzeichnis“ als „Positivliste“/„DMP-Versichertenverzeichnis“ als „Negativliste“ die Dateien der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ bis zum Ende des 1. Monats im 2. Quartal des Folgejahres zur Verfügung.
Die Krankenkassen prüfen entsprechend Absatz 6 die „gültige Einschreibung des Versicherten in das entsprechende DMP“ und tragen das Ergebnis mit Kennzeichnung
- „JA“ bei „gültiger Einschreibung des Versicherten in das entsprechende DMP“
- „NEIN“, wenn eine „gültige Einschreibung des Versicherten in das entsprechende DMP“ nicht gegeben war

in die Spalte 18 ein.

Die Krankenkassen übermitteln die „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ mit ausgefüllter Spalte 18 bis zum Ende des 2. Monats im 2. Quartal des Folgejahres an die KVT zurück.

Die KVT ändert die Spalte 13, wenn Abweichungen zu Spalte 18 vorliegen, und entfernt die Zusatzangaben. Sollte keine Rückmeldung erfolgen, bleiben die Angaben der KVT bestehen, aber auch hier werden die Zusatzangaben entfernt.

(5) Vergütungshöhe für „Qualitätsbonus“

a) Zum Zweck der Ermittlung des Gesamtauszahlungsbetrages übermittelt die AOK PLUS gemäß § 6 Absatz 4 Satz 4 des Vergütungsvertrages die KM6/2-Statistiken bis zum 28. Februar des Folgejahres.

b) Die KVT ermittelt den Gesamtauszahlungsbetrag für alle „Qualitätsboni“ für das betreffende Kalenderjahr nach § 6 Absatz 4 i. V. m. Absatz 9 des Vergütungsvertrages und teilt das Ergebnis bis zum 02. April jeden Jahres den Verbänden der Krankenkassen mit. Die Verbände der Krankenkassen bestätigen bis zum 09. April jeden Jahres diesen Betrag bzw. teilen Korrekturbedarf mit.

c) Aus dem Gesamtauszahlungsbetrag nach Buchstabe b) und der Anzahl der vergütungsfähigen Pauschalen für die Versicherten aus Absatz 7, Buchstabe a) („Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ in Spalte 14 = JA oder BSNR oder BSNR_LANR in Verbindung mit den abzusetzenden Versicherten gemäß Spalte 18) ermittelt die KVT die Höhe des Auszahlbetrages des Qualitätsbonus je vergütungsfähiger Pauschale für den Versicherten. Die KVT teilt diesen Betrag den Verbänden der Krankenkassen zeitgleich mit der Übersendung der Quartalsabrechnung des 1. Quartals des Folgejahres an die einzelnen Krankenkassen mit.

d) Sollten Implausibilitäten in der Abrechnung auftreten, sind diese zeitnah zwischen den Vertragspartnern zu beraten.

(6) Gültige Einschreibung des Versicherten in das entsprechende DMP

a) Eine Vergütung nach § 6 des „Vertrages über die Vergütung und Abrechnung von DMP-Leistungen für die Disease-Management-Programme Asthma bronchiale

(Asthma), Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit inklusive Modul HI (KHK)“ in der jeweils gültigen Fassung (Vergütungsvertrag) kann bei Übersendung eines DMP-Versichertenverzeichnisses nur für Versicherte erfolgen, die lt. Versichertenverzeichnis/„Positivliste“ im entsprechenden DMP eingeschrieben sind:

- Qualitätsbonus Asthma: im Attribut DMP = „AST“ des DMP-Versichertenverzeichnisses
- Qualitätsbonus COPD: im Attribut DMP = „COP“ des DMP-Versichertenverzeichnisses
- Qualitätsbonus Diabetes mellitus Typ 1: im Attribut DMP = „DM1“ des DMP-Versichertenverzeichnisses
- Qualitätsbonus Diabetes mellitus Typ 2: im Attribut DMP = „DM2“ des DMP-Versichertenverzeichnisses
- Qualitätsbonus KHK: im Attribut DMP = „KHK“ des DMP-Versichertenverzeichnisses

Für das Verfahren Versichertenverzeichnis/„Negativliste“ gilt, dass alle Teilnahmen zulässig sind, für die kein Eintrag im Versichertenverzeichnis vorliegt.

Sofern die Krankenkassen Versichertenverzeichnisse an die KVT versendet haben, prüft diese die gültige Einschreibung entsprechend dem nachfolgenden Absatz.

b) Eine Vergütung „Qualitätsbonus“ kann nur erfolgen, soweit die gültige Einschreibung des Versicherten (KVK bzw. eGK) in Verbindung mit dem Institutionskennzeichen (IK) in das entsprechende DMP bestätigt bzw. nicht ausgeschlossen wurde.

Die KVT prüft anhand der „DMP-Versichertenverzeichnisse“ nach Anlage 1, ob eine gültige DMP-Einschreibung des Versicherten (KVK bzw. eGK) in Verbindung mit dem Institutionskennzeichen (IK) im Kalenderjahr für das entsprechende DMP vorlag und kennzeichnet dies wie unter Absatz 4, Buchstabe c) beschrieben.

Für Ersatzkassen gilt hierzu, dass für die Prüfung gegen die Versichertenverzeichnisse die letzten 3 Stellen der VKNR in Verbindung mit der KVK bzw. eGK herangezogen werden.

<u>„DMP-Versichertenverzeichnis“ als *„Positivliste“*</u>

Ist der auf der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ der Datenstelle angegebene Versicherte bei den DMP Asthma, COPD und KHK mindestens in einem bzw. bei den DMP DM1 und DM2 mindestens in zwei „DMP-Versichertenverzeichnissen“ des Kalenderjahres enthalten, kann eine Auszahlung erfolgen.

<u>„DMP-Versichertenverzeichnis“ als „*Negativliste*“</u>

Eine Auszahlung kann erfolgen, wenn die Abrechnung für den auf der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ der Datenstelle angegebenen Versicherten
- bei dem DMP Asthma, COPD und KHK für mindestens 1 Quartal nicht ausgeschlossen wurde,
- bei dem DMP DM1 und DM2 für mindestens 2 Quartale nicht ausgeschlossen wurde.

(7) Auszahlung des „Qualitätsbonus“

a) Eine Vergütung „Qualitätsbonus“ kann nur einmal je Versicherten (KVK bzw. eGK) je Qualitätsziel für das entsprechende Kalenderjahr erfolgen.

Ergibt sich aus der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ in Spalte 14 eine Belegung mit „JA“ oder „BSNR“ oder „BSNR_LANR“, erfolgt folgende Bewertung seitens der KVT über die Spalte 16:

- Bei der Kennzeichnung mit „JA“ wird in einer BSNR ein Versicherter (KVK bzw. eGK) bei einmaliger bzw. mehrfacher Abrechnung nur einmal berücksichtigt.

- Bei der Kennzeichnung mit „BSNR“ wird in einer BSNR für einen Versicherten (KVK bzw. eGK) bei einer mehrfachen Abrechnung über verschiedene LANR der Betrag auf diese in gleicher Höhe aufgeteilt.

- Bei der Kennzeichnung mit „BSNR_LANR“ wird für einen Versicherten (KVK bzw. eGK) mit einer mehrfachen Abrechnung bei mehreren LANR in mehreren BSNR der Betrag auf diese in gleicher Höhe aufgeteilt.

Ergibt sich aus der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ in Spalte 14 eine Belegung mit „NEIN“ oder „DOPPELT“, erfolgt in der Spalte 16 die Angabe „0,00“.

b) Ergibt sich aus der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“, dass für den Versicherten (KVK bzw. eGK) des jeweiligen Kalenderjahres mehrere Krankenkassen zuständig waren, wird die Vergütung für das jeweilige Qualitätsziel in gleicher Höhe aufgeteilt.

c) Die aufgrund § 6 Absatz 8 des DMP-übergreifenden Vergütungsvertrages von der KVT ermittelten vergütungsfähigen Pauschalen für jeden Qualitätsbonus für die Versicherten (KVK bzw. eGK) entsprechend der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ bei
- Spalte 7 = „JA“ und
- Spalte 12 = „JA“ und
- Spalte 13 = „JA mit Zusatzangabe“ und

laut Spalte 14, mit „JA“ oder „BSNR“ oder BSNR_LANR“ in Verbindung mit Spalte 18 bilden die Grundlage für die Auszahlung mit der jeweiligen Quartalsabrechnung für das I. Quartal des Folgejahres an die betreffenden Vertragsärzte nach Absatz 4.

d) Für vergütungsfähige Pauschalen für Versicherte mit der
- BSNR 935331398
- BSNR 935331298
- BSNR 935331498

erfolgt seitens der KVT keine kassenseitige Anforderung/Auszahlung der Qualitätsboni. Diese Versicherten werden in der „Liste der Vergütung Qualitätsbonus“ in Spalte 17 mit „NEIN“ gekennzeichnet und die Vergütung erfolgt seitens der Krankenkassen.

e) Die KVT stellt jeder Krankenkasse den vollständigen Anhang B, entsprechend § 6 Absatz 8 des DMP-übergreifenden Vergütungsvertrages, für deren Versicherte mit der jeweiligen Quartalsabrechnung für das I. Quartal des Folgejahres nach dem beschriebenen Verfahren im Anhang C zur Verfügung.

f) Die abgestimmten Vergütungen der Qualitätsboni werden je DMP über Vorgänge im Formblatt 3, Kontenart 404 mit der jeweiligen Quartalsabrechnung für das I. Quartal des Folgejahres abgebildet.

g) Der AOK PLUS, Bereich Thüringen (89101) werden alle Versicherten aller AOK‘s für Abstimmungszwecke und bei der Quartalsabrechnung zusammenfassend (als Fusions-VKNR 89101) zur Verfügung gestellt.

h) Den Thüringer Ersatzkassen - VKNR beginnend mit 89 - werden anhand der letzten 3 Stellen der VKNR alle der jeweiligen Ersatzkasse zugehörigen Krankenkassen für Abstimmungszwecke und bei der Quartalsabrechnung zusammenfassend zur Verfügung gestellt.

„Liste der Vergütung Qualitätsbonus“

Spalte	Bezeichnung
1	Kalenderjahr
2	DMP
3	TRW (in % bzw. Anzahl bzw. Punktwert)
4	LANR koord. Vertragsärzte
5	BSNR koord. Vertragsärzte
6	DWV je LANR/BSNR koord. Vertragsärzte (in % bzw. Anzahl bzw. Punktwert)
7	Vergütungsanspruch des Vertragsarztes JA/NEIN
8	VKNR
9	IK - Institutionskennzeichen der Krankenkasse
10	Versicherten-Nr. KVK/eGK
11	Versichertenindividueller Wert (in % bzw. Anzahl bzw. Punktwert)
12	vergütungsfähige Pauschale für den Versicherten (JA/NEIN) - bezogen auf TRW -
13	gültige DMP-Einschreibung für vergütungsfähige Pauschale für den Versicherten = JA => Zusatzangabe: (PL, NL, kein VV) = NEIN => Zusatzangabe: (PL, NL)
14	einmalige vergütungsfähige Pauschale je Versicherten und BSNR (JA/BSNR/BSNR_LANR/DOPPELT/NEIN)
15	Fusions-VKNR
16	Auszahlbetrag in € *- Angabe nur bei Endabrechnung-*
17	Auszahlung der vergütungsfähigen Pauschale für den Versicherten (JA/NEIN) *- Angabe nur bei Endabrechnung -*
18	KK'en-Rückmeldung (JA/NEIN)