

Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im HzV-Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V

Präambel

Die Parteien steuern den HzV-Vertrag mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die vertragsspezifische Wirtschaftlichkeit zu fördern. Die Struktur- und Prozessverbesserungen, die durch die besondere hausärztliche Versorgung im Rahmen des HzV-Vertrages entstehen, lassen Qualitätsverbesserungen und Wirtschaftlichkeitseffekten erwarten, die sich wesentlich aus Effizienzsteigerungen und Strukturveränderungen in der Versorgung ergeben. Die von diesen Qualitätsverbesserungen und Wirtschaftlichkeitseffekten erfassten Zielfelder sind neben weiteren vor allem die Verringerung von Arztkontakten durch die Hausarztbindung der Patienten, eine erhöhte Versorgungsqualität bei der Versorgung chronisch Kranker, der Einsatz der VERAH, Qualitätssteigerungen durch erhöhte Fortbildungsverpflichtungen der teilnehmenden Hausärzte, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen sowie von Kosten für Krankenhaustransporte/Notarzteinsätze durch Hausbesuche und von Krankenhauskosten allgemein.

Die Vertragspartner vereinbaren mit dieser Anlage die Anforderungen gemäß § 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V nach Kriterien zur Qualitätssicherung sowie zur Wirtschaftlichkeit und zu Maßnahmen bei deren Nichteinhaltung für eine vertragsspezifische Ausgestaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Dabei obliegt es den Vertragspartnern, anhand geeigneter objektiver Indikatoren eine Vereinbarung für eine spezifische Ausgestaltung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots nach §§ 2 Absatz 4, 12, 70 SGB V zu regeln. Ebenso sind Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, die über die allgemeine hausärztliche Qualitätssicherung hinausgehen. Insgesamt wird den Vertragspartnern hierdurch ein größerer Gestaltungsspielraum eingeräumt, der nötig ist, um innovative Versorgungskonzepte entwickeln zu können. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Prüfung der Wirtschaftlichkeit zu Beginn eines Vertrags im Einzelfall schwierig ist. Daher wurde gesetzlich geregelt, dass die Krankenkassen die Einhaltung der zu vereinbarenden Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages gegenüber der Aufsichtsbehörde nachzuweisen haben (§ 73 b SGB V Abs. 9 Satz 3).

Diese Anlage ist gegliedert in einen Teil A (Vertragsspezifischer Versorgungsauftrag des HzV-Vertrages), Teil B (Struktur- und Prozessqualität des HzV-Vertrages zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung), Teil C (Vertragsspezifische Versorgungssteuerung), Teil D (Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung) sowie Schlussbestimmungen (Teil E).

Teil A

Vertragsspezifischer Versorgungsauftrag des HzV-Vertrages

Die durch die HAUSÄRZTE koordinierte Versorgung im Rahmen dieses HzV-Vertrages hat zum Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten der LKK zu verbessern und vorhandene Ressourcen zu erschließen und möglichst effizient zu nutzen. Hierbei sind unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten auch die besonderen Versorgungsanforderungen der teilnehmenden Versicherten zu berücksichtigen.

§ 1

Besondere Versorgungsanforderungen multimorbider Patienten

Der HAUSARZT ist als Koordinator der Versorgung die zentrale Figur in der Versorgung multimorbider älterer Patienten. Multimorbidität stellt das Gesundheitssystem vor medizinische und sozioökonomische Herausforderungen, denn: „Mit der Zahl der chronischen Erkrankungen steigen die Zahlen der Arztkontakte, die Zahl beziehungsweise die Dauer der Krankenhausaufenthalte und die Krankenhauskosten. Darüber hinaus sind chronische Gesundheitsprobleme ausschlaggebend für die Anzahl von ärztlichen Verordnungen, Überweisungen und Hausarztconsultationen“. (Bundesgesundheitsblatt 2010, 53: 441-450)

Bei der Betrachtung der Qualitätsverbesserungen und der vertragsspezifischen Wirtschaftlichkeit sind vor dem Hintergrund der hohen Teilnehmerzahlen von chronisch kranken multimorbiden Versicherten in der Hausarztzentrierten Versorgung deren besondere Anforderungen an Versorgungsumfang und Strukturen einzubeziehen (vergl. Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates).

§ 2

Besondere Versorgungsanforderungen im Übergang vom Kindes- ins Erwachsenenalter

Bei der Betrachtung der Qualitätsverbesserungen und der vertragsspezifischen Wirtschaftlichkeit ist hinsichtlich junger teilnehmender Versicherter insbesondere die Schnittstelle vom pädiatrischen Bereich hin zur eher ganzheitlich und familienorientierten Versorgung im Erwachsenenalter durch den Hausarzt der Schwerpunkt.

§ 3

Besondere Versorgungsanforderungen hinsichtlich der Prävention im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung

Gesundheit wird maßgeblich durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung erhalten. Dies erfordert Wissen, Befähigung und Eigenverantwortung. Aufgabe der Prävention ist es, dieses Wissen, die Befähigung und die Eigenverantwortung jeder und jedes Einzelnen zu entwickeln und zu stärken. Gezielte Gesundheitsförderung und Prävention tragen dazu bei, dass Krankheiten gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden. Bei der frühzeitigen Aufdeckung von gesundheitsriskantem Lebensstil im Sinne der Primärprävention zur Vermeidung von Folgeerkrankungen durch individuelle Beratung, Motivation und Anleitung nimmt die hausärztliche Versorgung eine wichtige Rolle ein.

Teil B

Struktur- und Prozessqualität des HzV-Vertrages zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

Der Impuls zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität in der hausarztzentrierten Versorgung geht aus diesem Vertrag hervor. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass durch die Ausweitung der Struktur- und Prozessqualität die hausärztliche Versorgung verbessert wird.

Strukturqualität beschreibt die Qualität der Leistungserstellung und umfasst die personellen Voraussetzungen, d. h. den Facharztstandard, die technische Ausstattung einer Institution, die räumlichen Gegebenheiten und die Ablauforganisation. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen sind weitere Indikationen für eine Strukturqualität.

Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht.

§ 4

Regelungen zur Qualitätssicherung der erhöhten Strukturqualität in der hausarztzentrierten Versorgung

Die Vertragspartner vereinbaren zur Qualitätssicherung der erhöhten Strukturqualität folgende Strukturmerkmale in der hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des HzV-Vertrages:

1. Obligatorische Teilnahmebedingungen

- c) Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V;
- d) apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung);
- e) vom ersten Abrechnungsquartal an Ausstattung mit gemäß § 8 für diesen HzV-Vertrag zugelassener und benannter Software („Vertragssoftware“) nach **Anlage 1** in der stets aktuellen Version;
- f) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Internetanbindung in der Praxis (DSL (empfohlen) oder ISDN) zur Online-Abrechnung in der HzV, gemäß **Anlage 1**;
- g) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem) zur Umsetzung folgender Module:
 - aa) Arzneimittelmodul zur rationalen Pharmakotherapie gemäß Anlage 3 Anhang 2 des HzV-Vertrages (Arzneimittelkosten, Anteil verordneter Me-Too-Präparate) (soweit Leistungsbestandteil nach Anlage 3);
 - bb) Softwaremodul Hilfsmittelmanagement (soweit Leistungsbestandteil nach Anlage 3);

- cc) Softwaremodul Heilmittelmanagement (soweit Leistungsbestandteil nach Anlage 3);
- dd) Softwaremodul AU-Fallmanagement (soweit Leistungsbestandteil nach Anlage 3);
- d) Teilnahme an allen hausärztlich relevanten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V (DMP)

2. Obligatorische besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen

- a) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren nach Maßgabe der **Anlage 2**;
- b) Konsequente Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien und Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden nach Maßgabe der **Anlage 2**;
- c) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich insbesondere auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie und Pädiatrie nach Maßgabe der **Anlage 2**;
- d) Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements nach Maßgabe der **Anlage 2**;
- e) Information und Motivation von HzV-Versicherten mit entsprechender Erkrankung bezüglich der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V (aktive Teilnahme der Versicherten an DMP).

3. Fakultative Regelungen zur Verbesserung der Strukturqualität

Ausbildung und Einsatz einer VERAH® - Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

§ 5

Maßnahmen zur Einhaltung der Qualitätssicherungsregelungen für eine erhöhte Strukturqualität in der hausarztzentrierten Versorgung

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass zur Einhaltung der Qualitätssicherungsregelungen gemäß § 4 dieser Anlage im HzV-Vertrag folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

1. Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch den Hausärzteverband

Sowohl die verpflichtenden Teilnahmebedingungen als auch die verpflichtenden besonderen Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen werden vom Hausärzteverband geprüft, der auch die Teilnahmeberechtigung der Hausärzte ausspricht.

2. Restriktive Maßnahmen gegen den Hausarzt

Verstoßen Hausärzte gegen die obligatorischen Vertragsinhalte gemäß vorstehendem § 4 können sie von der Vertragsteilnahme nach den vertraglichen Regelungen (Beratung, ggf. Anhörung, Abmahnung, Kündigung) ausgeschlossen werden.

§ 6

Regelungen zur Qualitätssicherung der erhöhten Prozessqualität in der hausarztzentrierten Versorgung

Die Vertragspartner vereinbaren zur Qualitätssicherung der erhöhten Prozessqualität folgende Strukturmerkmale in der hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 des HzV-Vertrages:

- a) sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlinien;
- b) Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und bei stationären Einweisungen;

- c) Übergabe der patientenrelevanten Informationen und Dokumente bei einem Arztwechsel des HzV-Versicherten innerhalb der HzV mit dessen Einverständnis auf Anforderung des neu gewählten HAUSARZTES an diesen;
- d) Prüfung und Entscheidung, ob vor der Einweisung eines HzV-Versicherten in die stationäre Krankenhausbehandlung ein ambulant tätiger Facharzt einzuschalten ist (ambulant vor stationär);
- e) Wahrnehmung der Lotsenfunktion des HAUSARZTES durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Förderung ambulanter Operationen unter gezielter Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen.
- f) Vornahme einer wirtschaftlichen Verordnungsweise (rationale Pharmakotherapie) im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung, insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie, und insbesondere
 - aa) bevorzugte Verordnung von Arzneimitteln gemäß den jeweils gültigen Verträgen der LKK mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a Abs. 8 SGB V;
 - bb) unbeschadet der Regelung in (1) Verwendung insbesondere von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Generika.
- g) Unterstützung der in **Anlage 11** aufgeführten Selektivverträge
- h) Verpflichtende Teilnahme des HAUSARZTES an den DMP Asthma, KHK, Diabetes, COPD

§ 7

Maßnahmen zur Einhaltung der Qualitätssicherungsregelungen für eine erhöhte Prozessqualität in der hausarztzentrierten Versorgung

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass zur Einhaltung der Qualitätssicherungsregelungen gemäß § 6 dieser Anlage im HzV-Vertrag folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

Verstoßen HAUSÄRZTE gegen diese Vertragsinhalte können sie von der Vertragsteilnahme nach den vertraglichen Regelungen (Beratung, ggf. Anhörung, Abmahnung, Kündigung) ausgeschlossen werden.

Teil C

Vertragsspezifische Versorgungssteuerungsmodule

§ 8

Inhalte der vertragsspezifischen Versorgungsmodule

Die Vertragspartner beziehen in die Bewertung der besonderen Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit des Vertrages und über die in den §§ 4 und 6 dieser Anlage genannten Kriterien hinaus folgende vertragsspezifische Versorgungssteuerungsmodule mit ein:

1. Überleitungs- und Entlassmanagement

Laut Ergebnissen des letzten Gutachtens sowie vorhergehender Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, muss die Integration von (akut-)stationärer und ambulanter Versorgung verbessert werden (2012 svr). Insbesondere durch die mangelhaften Schnittstellen zwischen akutstationärer und ambulanter Versorgung bestehen im deutschen Gesundheitswesen Ineffizienzen. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und dem damit verbundenen Wandel der Patientenstruktur kommt es durch ein höheres Patientenalter und eine erhöhte Komplexität der Versorgung zu einem entsprechend erhöhten Bedarf an Kooperation und Koordination der vorstehend genannten Sektoren. Aus diesem Grund stellt die Weiterentwicklung der Schnittstellengestaltung zur Optimierung der Koordination und Integration von (akut-)stationärer und ambulanter Versorgung eine zentrale Herausforderung der Akteure im deutschen Gesundheitswesen dar. Rechtlich findet sich der Anspruch auf ein Entlassungsmanagement des Patienten vom stationären Bereich in andere Versorgungsbereiche im § 39 Abs.1 SGB V wieder. Diesem Anspruch des Gesetzgebers an die stationäre Versorgung kann durch die Implementierung geeigneter Instrumente zur Koordination und Integration im Rahmen der besonderen HzV entsprochen werden.

Praktische Anwendung findet die verbesserte sektorenübergreifende Kommunikations- und Informationsübermittlung im Rahmen des Überleitungs- und Entlassmanagements. Dieses ermöglicht es den an der HzV teilnehmenden Hausärzten den gesetzlichen Vorgaben, wie ihrem Anspruch einer kontinuierlichen medizinischen Behandlung des Patienten gerecht werden zu können. Wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gefordert, wird im Rahmen des Überleitungs- und Entlassmanagements durch Checklisten, Befundweitergabe, und Medikationsprüfung die Integration

der (akut-)stationären und ambulanten Versorgung gefördert. Vor dem Hintergrund, dass bisher in nur 44,8% deutscher Krankenhäuser (svr 2012) ein Entlassmanagement nach Vorgaben der Nationalen Expertenstandards eingeführt worden ist, kann die flächendeckende Umsetzung der HzV entscheidend zur Ausnutzung bisher ungenutzter Potentiale für die Qualität und den Wettbewerb beitragen, die bisher aufgrund der geringen Verbreitung eines professionellen Entlassmanagements ungenutzt geblieben sind.

2. Weitere vertragsspezifische Versorgungssteuerungsmodule

Die Bewertung weiterer vertragsspezifischer Versorgungssteuerungsmodule kann einvernehmlich während der Laufzeit des HzV-Vertrags vereinbart werden.

Teil D

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung

§ 9

Vertragscontrolling

- (1) Ein allgemein anerkanntes Verfahren, dass die Regelungen des zum 01.04.2014 neu eingeführten § 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung der im HzV-Vertrag festgelegten Struktur- und Prozessverbesserungen berücksichtigt und entsprechende Bewertungen der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitskriterien gewährleistet, hat sich in Deutschland bisher nicht etabliert. Grundsätzlich gilt für ein solches Verfahren, dass bei der Betrachtung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeitskriterien in diesem HzV-Vertrag daher insbesondere die Anforderungen an die Versorgung der chronisch kranken und multimorbiden Versicherten und deren erhöhte Versorgungsbedarfe entsprechend zu berücksichtigen sind.
- (2) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch die Vertragspartner ergänzend zu dieser **Anlage 9** bereits auf mehreren Ebenen:
 - a) Prüfung der Abrechnungen des HAUSARZTES gemäß der Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3**;
 - b) Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungsbringung nach Maßgabe des Prüfwesens gemäß **Anlage 8**.

(3) Zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung dieses Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung haben sich die Vertragspartner auf ein gemeinsames Controlling für alle KV-Regionen mit einem inhaltsgleichen HzV-Vertrag nach Maßgabe der folgenden Regelungen verständigt.

- a) Die Vertragsparteien bilden hierfür eine paritätisch besetzte Arbeitsgruppe (Arbeitsgruppe Versorgungssteuerung und Vertragscontrolling), die Entsendung der jeweiligen Mitglieder der Arbeitsgruppe obliegt den jeweiligen Vertragspartnern.
- b) Die Arbeitsgruppe schlägt gemeinsame Kriterien und Verfahren für die Betrachtung der vertragspezifischen Versorgungssteuerungsmodule sowie u.a. der folgenden Versorgungsbereiche zur Entwicklung der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitskriterien im HzV-Vertrag vor:
 - Entwicklung der DMP-Einschreibungen
 - Entwicklung des VERAH-Einsatzes
 - Entwicklung der Steuerung Hausarztbindung bei HzV-Versicherten
 - Entwicklung Anzahl Inanspruchnahme Anzahl Hausärzte (Theorie $1, X$ konvergiert gegen 1)
 - Entwicklung der qualitätsgesicherten Diagnosedokumentation (Anteil gesicherte Diagnosen, Anteil unspezifischer Diagnosen, Anteil endstelliger Diagnosen, Anteil Verdachtsdiagnosen, Anteil „Zustand nach“ bzw. „Verdacht“ als gesicherte Diagnose)
 - Entwicklung Inanspruchnahme Krankenhaustransporte
 - Entwicklung der Morbiditätsveränderungen der teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der Entwicklung des MRSA-Risikofaktors

Bei der Bewertung der Ergebnisse aus der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsmessung erfolgt die Betrachtung über alle teilnehmenden Hausärzte eines Vertrages.

§ 10

Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien

1. Die Ergebnisse der Versorgungssteuerung und des Vertragscontrollings werden den Vertragspartnern vorgelegt, von diesen konsentiert und es werden nach einvernehmlicher Entscheidung der Vertragspartner ggf. korrigierende Schritte in der Steuerung eingeleitet und/oder Anpassungen/Weiterentwicklungen der vertrags-spezifischen Versorgungssteuerungsmodule vorgenommen.
2. Nach vier Jahren Laufzeit sind die Ergebnisse für den der Aufsichtsbehörde vorzulegenden Nachweis der Einhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien durch die Vertragsparteien gemeinsam zu konsentieren.

Teil E

Schlussbestimmung

§ 11

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeitskriterien

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in dieser Anlage benannten Prozess- und Strukturverbesserungen und die benannten vertrags-spezifischen Versorgungsmodule keine abschließende Regelungen enthalten. Sie stimmen darin überein, dass weitere Erfolgsparameter der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitskriterien aufgenommen werden können; die Entscheidung hierüber und die Bewertung dieser weiteren Erfolgsparameter erfolgt entsprechend dem Vorgehen nach §§ 9 und 10.

§ 12

Verfahren bei Nichteinigung

Diese Vereinbarung basiert auf den Willen der Vertragspartner zu einer vertragspartnerschaftlichen Zusammenarbeit. Sofern in den nach dieser Anlage erforderlichen Entscheidungen keine Einigung der Vertragsparteien erzielt werden kann, kann jede der Vertragsparteien das vertragliche Schiedsverfahren nach **Anlage 7** beantragen und einleiten.