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

Präambel

Die durch die HAUSÄRZTE koordinierte Versorgung im Rahmen dieses HZV-Vertrages hat zum Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung von HZV-Versicherten der Krankenkasse zu verbessern und im Rahmen des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 2 Abs. 4 sowie §§ 12, 70 SGB V vorhandene Ressourcen möglichst effizient zu nutzen. Durch hohe Strukturanforderungen und optimal abgestimmte Versorgungsangebote im HZV-Vertrag, werden eine Steigerung der medizinischen Versorgungsqualität und positive ökonomische Effekte erwartet. Zentraler Bestandteil stellt das Prinzip der Hausarztpraxisbindung dar, durch die der HAUSARZT eine Lotsenfunktion einnimmt. Hierdurch wird die medizinische Versorgung umfassend koordiniert und somit Unter-, Über-, und Fehlversorgungen vermieden sowie eine dauerhafte medizinische Versorgung der HZV-Versicherten sicherstellt.

Der HZV-Vertrag berücksichtigt insbesondere die Versorgungsbedürfnisse chronisch kranker und multimorbider Patienten. Der HAUSARZT bzw. die PRAXIS fungiert als Koordinator der medizinischen Versorgung insbesondere chronisch kranker und multimorbider älterer Patienten. Gerade Multimorbidität stellt das Gesundheitssystem vor medizinische und sozioökonomische Herausforderungen, denn: „Mit der Anzahl 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).

Des Weiteren trägt die VERAH® maßgeblich zur Prozessoptimierung in den Praxen bei, indem sie die Verwaltung koordiniert, die Kommunikation mit dem HAUSARZT intensiviert und diesen, in der Regel durch Übernahme von delegierbaren Leistungen, entlastet. Das Modell der VERAH® ist durch Erfüllung des PDCA-Zyklus¹ qualitätsgesichert und wird von den HZV-Versicherten als Versorgungsunterstützung wertgeschätzt.²

Ziel ist, dass die gesteigerte ambulante Versorgung signifikant zu reduzierten und zu zielgerichteten Inanspruchnahmen im stationären Sektor führt. HZV-Versicherte weisen somit

¹ PDCA-Zyklus = Plan-Do-Check-Act Verbesserungszyklus

² Mergenthal et al. (2016), Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 92 (1), S. 36-40.: Interviews; Mergenthal et al. (2015), Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland - eine Übersicht, In: Gesundheitswesen 77, w62 - e68.

weniger Krankenhausaufenthalte auf, wodurch Kosten im stationären Sektor gegenüber der Regelversorgung reduziert werden. Insbesondere der Anteil der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte (ambulant-sensitiver Krankheitsfälle) verringert sich durch die fortlaufende, intensivisierte ambulante Versorgung.

Die Vertragsparteien des HZV-Vertrages regeln in dieser Anlage und in den dazugehörigen Anhängen die Anforderungen des § 73b Abs. 5 S. 1 HS2 SGB V zur Vereinbarung von Wirtschaftlichkeitskriterien, Maßnahmen bei Nichteinhaltung sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Hierzu werden Kriterien vereinbart, die im Anhang 1 unter Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien eingeteilt und durch entsprechende Indikatoren abgebildet werden. Ebenso sind Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, die über die allgemeine hausärztliche Qualitätssicherung hinausgehen. Insgesamt wird den Vertragspartnern hierdurch ein Gestaltungsspielraum eingeräumt, der notwendig ist, um innovative Versorgungskonzepte entwickeln zu können. Der Zeitraum der Prüfung der Indikatoren erfolgt nach der gesetzlichen Anforderung (§ 73b Abs. 9 S. 1 SGB V).

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die durch § 73b Abs. 5 S. 1 HS 2 SGB V geforderte Festlegung von Kriterien zur wirtschaftlichen Ausgestaltung des HZV-Vertrages die Überprüfung der Versorgungsqualität und der Versorgungskosten umfasst, das schließt auch Kosten in verordneten und veranlassten Leistungsbereichen ein.

§ 1

Qualitätssicherung

Der HZV-Vertrag hat zum Ziel, eine hohe und zielgerichtete medizinische Versorgung zu gewährleisten. Die Qualitätssicherung des HZV-Vertrags, die über die üblichen Qualitätsansprüche der hausärztlichen Versorgung hinausgeht, umfasst insbesondere folgende Punkte:

- Vertragspartnerschaftliche Ausgestaltung: Laufende Vertragsaktualisierungen garantieren Relevanz und Umsetzung der vereinbarten Inhalte und Leistungen.
- Erlebte Mehrwerte für die HZV-Versicherten in Bezug auf die vereinbarte besondere hausärztliche Versorgung.
- Vorgabe besonderer Strukturmerkmale gemäß § 3 des HZV-Vertrages sowie der Anlage 2.

- HZV-Vertragssoftware und weitere digitale Unterstützungssysteme als Qualitätssicherungsinstrument: Unterstützung durch Hinweise, beispielsweise zur korrekten Formularbefüllung oder Therapiesicherheit.
- Nutzung des HZV Online Key: Identifikation, korrekte Abrechnung aller HZV-Patienten und Austausch zwischen Vertreter- und Betreuarzt.
- Der HAUSARZT bzw. die PRAXIS ist vertraglich verpflichtet, durch vorangegangene medizinische Prüfungen, sichere Befunde auszudifferenzieren.
- Verpflichtende Teilnahme des HAUSARZTES an Pharmakotherapiezielen.
- Anlassbezogene Vertragsanpassungen aufgrund der Evaluationsergebnisse zur Sicherstellung einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung.

§ 2

Evaluation des HZV-Vertrages

Im Sinne der Sicherstellung und Überprüfung der medizinischen Versorgungsqualität des HZV-Vertrages wird eine Evaluation des HZV-Vertrages gemeinschaftlich von den Vertragspartnern angestrebt. Der Impuls zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität in der HZV geht aus diesem Vertrag hervor. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass durch die Ausweitung der Strukturqualität und der vertragsspezifischen Ausgestaltung eine umfassende, ausreichende, qualitative sowie effiziente hausärztliche Versorgung gefördert wird. Eine Überprüfung dessen erfolgt durch die Evaluation und führt im Bedarfsfall zur Vertragsweiterentwicklung.

§ 3

Definitionen / Grundlagen der Evaluation

- (1) Die Strukturqualität des HZV-Vertrages beschreibt die Qualität der Leistungserbringung 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 Indikatoren für eine Strukturqualität. Die Strukturqualität der hausärztlichen Versorgung bezeichnet den Grad, in dem die strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung der hausärztlichen Versorgung gegeben sind und bestimmt maßgeblich das erreichbare Niveau der Prozess- und Leistungsqualität. Dies betrifft technische, organisationale sowie personelle Voraussetzungen, wie beispielhaft folgend dargestellt:

a) Technische Voraussetzungen:

- Dokumentationssysteme und Software
- Arzneimittelsicherheit, rationale und transparente Pharmakotherapie

b) Organisationale Voraussetzungen:

- Unternehmerische Struktur der Praxis
- Apparative und räumliche Ausstattung der Praxis
- Qualitätssicherungsmaßnahmen

c) Personelle Voraussetzungen:

- Fachliche Qualifikation der HAUSÄRZTE und Praxismitarbeiter (Aus- und Weiterbildungsstand).

(2) Die Prozessqualität des HZV-Vertrages beschreibt sämtliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht. In der hausärztlichen Versorgung umfasst dies die Qualität sämtlicher Praxisabläufe und Behandlungsprozesse, um die mit der Patientenversorgung verbundenen Aufgaben systematisch zu erfüllen und die gesetzten Ziele zu erreichen. Hierbei können Kernprozesse (z. B. Therapie, Diagnostik, Beratung) von unterstützenden Prozessen (z. B. Verwaltung, Praxismanagement) unterschieden werden. Zur Prozessevaluation eignen sich u. a. Interviews, Fragebögen, Checklisten, Protokolle, Datenerfassungen (bspw. zu Wartezeit, Untersuchungshäufigkeiten) oder die Verfügbarkeit von Akten und Sekundärdaten.

(3) Mit der Ergebnisqualität des HZV-Vertrages wird die Behandlungsgüte bzw. die Erreichung des geplanten Behandlungsziels (= Endpunkte) gemessen. Als Endpunkte können u. a. herangezogen werden:

- a) Verbesserung des Gesundheitszustandes
- b) Patientenzufriedenheit
- c) Beeinflussung der Morbidität
- d) Vermeidung von Behandlungsfehlern und Komplikationen
- e) Vermeidung von Wiederholungseingriffen
- f) Minderung vorzeitiger Todesfälle
- g) Kosteneffektivität.

- (4) Neben der Effektivität (Zielerreichung) wird in der Literatur ebenso die Effizienz (Kosten-Nutzen-Verhältnis) bei der Ergebnisevaluation ermittelt. Da jedoch in den HZV-Verträgen viele Steuerungsmechanismen gleichzeitig auf die medizinische Versorgung wirken, sind konkrete Ursache-Wirkungsketten nicht identifizierbar. Zudem entsteht der Nutzen auf Patientenebene, sodass eine objektive Nutzenbewertung durch diese Zielgruppe selten zur Überprüfung herangezogen werden kann. Die Vertragspartner sind sich einig, dass eine Einschätzung der Ergebnisqualität nur approximativ durch ein Abwägen der qualitativen medizinischen Versorgung und den dadurch verursachten Kosten geschätzt werden kann.

Zur Messung der Ergebnisqualität können u. a. Stichproben, Interviews, Fragebögen oder Sekundärdaten verwendet werden.

§ 4

Vertragscontrolling

- (1) Ein allgemein anerkanntes Verfahren, das die Regelungen des § 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung der im HZV-Vertrag festgelegten Struktur-, Prozess- und Ergebnisverbesserungen berücksichtigt und entsprechende Bewertungen von Wirtschaftlichkeitskriterien gewährleistet, hat sich in Deutschland bisher nicht etabliert. Grundsätzlich gilt für ein solches Verfahren, dass bei der Evaluation dieses HZV-Vertrages daher insbesondere die Anforderungen an die Versorgung der chronisch kranken und multimorbiden Versicherten und deren erhöhte Versorgungsbedarfe entsprechend zu berücksichtigen sind.
- (2) Die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsausrichtung des HZV-Vertrages erfolgen durch die Vertragspartner ergänzend zu dieser **Anlage 9** bereits auf mehreren Ebenen:
- a) Vorgaben zur Strukturqualität: Voraussetzungen zur Erreichung von Prozessverbesserungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages und **Anlage 2**.
 - b) Anlassbezogene Prüfung der Abrechnungen des HAUSARZTES bzw. der PRAXIS nach den Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3**.
 - c) Anlassbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe des Prüfwesens gemäß **Anlage 10**.
 - d) Regelwerksprüfung gemäß § 6 des HZV-Vertrages.

(3) Zur Überprüfung der Qualität und Kosten des HZV-Vertrages durch Wirtschaftlichkeitsindikatoren haben sich die Vertragspartner auf ein gemeinsames Controlling verständigt.

- a) Die Vertragsparteien bilden hierfür eine Arbeitsgruppe. Die Entsendung der jeweiligen Mitglieder der Arbeitsgruppe obliegt den jeweiligen Vertragspartnern. Ziel des Vertragscontrollings ist es, Qualität, Kosten und Ausgabenentwicklungen zeitnah und regelmäßig zu monitoren, Entwicklungen zu identifizieren und gegebenenfalls Maßnahmen ergreifen zu können.
- b) Die Vertragspartner ergreifen frühzeitig erste gemeinsame Treffen. Die Möglichkeit zur vorzeitigen Datenauswertung wird angestrebt, ist aber abhängig von der Datenverfügbarkeit.
- c) Die Qualität und Kosten der hausärztlichen Leistungserbringung entstehen durch die vertragsspezifischen Versorgungssteuerungsmodule und Strukturvoraussetzungen. Eine Evaluation findet auf Prozess- und Ergebnisebene statt und auf der Ebene der Strukturqualität, die über die Teilnahmevoraussetzungen hinausgeht. Die benötigten Kriterien und Indikatoren hierzu, werden im **Anhang 1** dieser Anlage definiert.
- d) Die Vertragspartner haben sich dafür entschieden, die in Anhang 1 definierten Indikatoren für unterschiedliche Analysen heranzuziehen. Die Durchführung der Analysen gemäß dieser Anlage wird von den Vertragspartnern ohne Hinzunahme von Dienstleistern und unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Standards durchgeführt.
 - 1. Durch einen grob adjustierten Vergleich der HZV-Kohorte mit einer Kohorte der Regelversorgung soll ein jährlicher Zwischenstand ermittelt werden. Die Erhebung erfolgt im Querschnitt und Längsschnitt. Die Ergebnisse werden von der Arbeitsgruppe besprochen, um ggf. erste Handlungsfelder zu identifizieren.
 - 2. Gemäß § 73b Abs. 5 Satz 1 und Abs. 9 SGB V wird eine Evaluation über einen Beobachtungszeitraum von mindestens vier Jahren durchgeführt. Hierzu wird die HZV-Kohorte mit einer Kohorte der Regelversorgung risikoadjustiert

verglichen. Dadurch sollen ggf. vorhandene Auffälligkeiten identifiziert werden, um gezielt Weiterentwicklungsbedarfe zu erkennen und zu nutzen. Gleichzeitig sollen Elemente des Vertrages, bei denen bereits eine hohe Qualität oder Kosteneffizienz dargelegt wird, gesichert werden, um so nachhaltig eine hohe Ergebnisqualität des HZV-Vertrages zu gewährleisten.

- e) Gemäß § 53 SGB V Abs. 3 führt die Krankenkasse einen reinen Kostenvergleich zwischen der HZV-Kohorte und der Regelversorgung durch. Die Ergebnisse werden gemäß § 53 SGB V Abs. 3 ausschließlich für die Prüfung der Krankenkassen zur Gewährung eines Teilnahmebonus an die HZV-Versicherten durchgeführt. Die durchgeführten Analysen gemäß § 4 Abs. 3d 1. und 2. werden hierfür nicht herangezogen.

§ 5

Maßnahmen zur Einhaltung der Qualitätssicherungsregelungen für eine erhöhte Prozessqualität in der HZV

- (1) Die Ergebnisse der Versorgungssteuerung und des Vertragscontrollings werden den Vertragspartnern vorgelegt, von diesen konsentiert und nach einvernehmlicher Entscheidung der Vertragspartner Maßnahmen gemäß § 5 Abs. 3 geschlossen und / oder Anpassungen / Weiterentwicklungen der vertragsspezifischen Inhalte, Leistungen und / oder Versorgungssteuerungsmodule vorgenommen.
- (2) Sollten sich die geeinten Evaluationsziele nicht in die gewünschte Richtung entwickeln, sind die Maßnahmen abzustimmen und einzuleiten. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass zur Qualitätseinhaltung im HZV-Vertrag folgende Maßnahmen durchgeführt werden.
- (3) Maßnahmen nach Absatz 2 können u.a. sein:
 - Änderungen von Leistungen, Leistungsinhalten oder Abrechnungsregeln
 - Anpassungen der Instrumente zur Verbesserung der Strukturqualität
 - Aufnahme neuer Versorgungssteuerungselemente im Rahmen der **Anlage 3** des HZV-Vertrages
 - Beratung und Information der HAUSÄRZTE bzw. PRAXEN ggf. Abmahnung
 - Weitergehende Information der HZV-Versicherten über die Versorgungsziele des Hausarztprogrammes

Schlussbestimmung

§ 6

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeitskriterien

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in dieser Anlage benannten Struktur-, Prozess- und Ergebnisverbesserungen und die benannten vertragsspezifischen Versorgungsmodule keine abschließenden Regelungen enthalten. Sie stimmen darin überein, dass auf dieser Grundlage zur Optimierung der medizinischen Versorgung weitere oder andere Erfolgsparameter oder Steuerungsmodule aufgenommen werden können. Die Entscheidung hierüber und die Bewertung dieser weiteren Erfolgsparameter erfolgt entsprechend dem Vorgehen nach §§ 4 und 5 dieser Anlage. Ergänzend aufgenommene Indikatoren werden durch Anpassung des HZV-Vertrags bzw. seiner Anlagen in den bestehenden HZV-Vertrag integriert. Die Krankenkasse und der Hausärzteverband stimmen darin überein, dass die HZV-Vertragsentwicklung fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.