

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

### **Präambel**

Die Vertragspartner steuern die Versorgung nach dem 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 Wirtschaftlichkeits-effekten erfassten Zielfelder sind neben weiteren vor allem die Verringerung von unkoordinierten 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 Krankenkasse 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 insbesondere 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 vertragspezifischen 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 Indikatoren 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 gemäß § 3 Absatz 2 des HzV-Vertrages**
- 2. Obligatorische besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen gemäß § 3 Absätze 3 und 4 des HzV-Vertrages**
- 3. Fakultative Regelungen zur Verbesserung der Strukturqualität**
- 4. Ausbildung und Einsatz einer VERAH® - Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis.**

#### **§ 5**

##### **Maßnahmen zur Einhaltung der Qualitätssicherungsregelungen für eine erhöhte Strukturqualität in der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 4**

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

- 1. Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch den Hausärzteverband/MEDI e.V.**

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

## **2. Restriktive Maßnahmen gegen den Hausarzt**

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

### **§ 6**

#### **Regelungen zur Qualitätssicherung der erhöhten Prozessqualität in der hausarztzentrierten Versorgung**

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

### **§ 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:

## **Präventionsleistungen**

Die Vertragspartner vereinbaren als vertragspezifische Versorgungssteuerungsmodul die Präventionsleistungen, abgebildet gemäß Anlage 3 (Präventions-Zuschlag Z1) sowie die Überprüfung des Impfstatus.

## **Weitere vertragspezifische Versorgungssteuerungsmodul**

Die Bewertung weiterer vertragspezifischer Versorgungssteuerungsmodul 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 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:

Prüfung der Abrechnungen des HAUSARZTES gemäß der Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3**

1. Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung 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 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 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung erfolgt anhand der hausärztlichen Leistungserbringung im Rahmen der vertragsspezifischen Versorgungssteuerungsmodule sowie der Versorgungsbereiche im HzV-Vertrag nach den folgenden Kriterien und Kennzahlen:

**Entwicklung der hausärztlichen Leistungen im Rahmen der vertragsspezifischen Versorgungssteuerungsmodule:**

- Entwicklung der Psychosomatik-Leistungen zur besonderen Betreuung
- Entwicklung Einsatz einer „VERAH“
- Entwicklung des Hausärztlich-geriatrischen Basisassessments
- Entwicklung der diagnostischen Einzelleistungen
- Entwicklung der P1 im Vergleich zum A-P-K
- Entwicklung des Fallmanagements bei Arbeitsunfähigkeit
- Entwicklung der Anzahl der ambulanten Operationen unter den Bedingungen des § 3 Abs. 4 lit i)
- Entwicklung des Nachsorgeaufwands nach ambulanten Operationen in der Hausarztpraxis

## **2. Entwicklung der hausärztlichen Leistungen in den Leistungsbereichen ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Krankenhausleistungen (Rehospitalisierung, Krankenhausleistungen), AU-Zeiten sowie**

- Entwicklung der Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (z. B. Fortbildungen)
- Entwicklung der DMP-Einschreibungen
- Entwicklung des VERAH-Einsatzes
- Entwicklung der Steuerung Hausarztbindung bei HzV-Versicherten
- Entwicklung Inanspruchnahme Anzahl Hausärzte
- Entwicklung der qualitätsgesicherten Diagnosedokumentation (Anteil gesicherte Diagnosen, Anteil unspezifischer Diagnosen, Anteil endstelliger Diagnosen, Anteil Verdachtsdiagnosen, Anteil „Zustand nach“ bzw. „Verdacht“ als gesicherte Diagnose)
- Entwicklung der Impfleistungen
- Entwicklung Inanspruchnahme Krankenhaustransporte
- Morbiditätsveränderungen der teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der Entwicklung des MRSA-Risikofaktors
- Entwicklung der rationalen Pharmakotherapie unter Nutzung des AMM

## **3. Entwicklungen der hausärztlichen Leistungen im Bereich der Präventionsleistungen**

- Entwicklung der einpauschalierten Präventionsleistungen, insbesondere
- Entwicklung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen
- Entwicklung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer



Die Arbeitsgruppe prüft im Auftrag des Beirats die Kriterien und erarbeitet das Verfahren für das gemeinsame Vertragscontrolling zur Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsmessung.

Bei der Bewertung der Ergebnisse aus der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsmessung nach Abschnitt B erfolgt die Betrachtung über alle teilnehmenden Hausärzte eines Vertrages auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Vertragscontrollings und im Hinblick auf die Entwicklung der nichtvertragskonformen Inanspruchnahme der Versicherten.

## **§ 10**

### **Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien**

- 1.
2. Die Ergebnisse der Versorgungssteuerung und des Vertragscontrollings werden den Vertragspartnern im Beirat vorgelegt, von diesen konsentiert und es werden nach Entscheidung der Vertragspartner im Beirat ggf. korrigierende Schritte in der Steuerung eingeleitet und/oder Anpassungen/Weiterentwicklungen der vertragspezifischen Versorgungssteuerungsmodule vorgenommen.
3. Nach vier Jahren Laufzeit sind die Ergebnisse für den der Aufsichtsbehörde vorzulegenden Nachweis der Einhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien durch die Vertragsparteien gemeinsam zu konsentieren. Stellen die Vertragspartner während der Laufzeit fest, dass eine Anpassung der Obergrenze notwendig ist, können sie diese einvernehmlich im Beirat beschließen.
4. Verstößt ein HAUSARZT gegen seine vertraglichen Verpflichtungen ist der Hausärzterverband/MEDI e.V. berechtigt und gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, diesen HZV-Vertrag gegenüber dem HAUSARZT aus wichtigem Grund gemäß § 5 Abs. 3 des HZV-Vertrages mit sofortiger Wirkung zu kündigen. Der Kündigung hat eine schriftliche Abmahnung des HAUSARZTES voranzugehen, mit der der HAUSARZT zur Beseitigung des Verstoßes Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V innerhalb von 4 Wochen ab Zugang der Abmahnung aufgefordert wird. Auf seinen Wunsch kann der HAUSARZT innerhalb dieser Frist schriftlich oder mündlich gegenüber dem Beirat (§ 16 des HZV-Vertrages) Stellung zu der Abmahnung nehmen.

5. Für den Fall, dass sich nach der Laufzeit des Vertrages herausstellt, dass der Vertrag in Teilen nicht wirtschaftlich ist, verpflichten sich die Vertragspartner, geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, um die Wirtschaftlichkeit künftig herzustellen. Die als geeignet konsentierten Maßnahmen werden die Vertragspartner im Beirat durch Anpassung des Vertrags bzw. seiner Anlagen in den bestehenden Vertrag integrieren. Solche Maßnahmen könnten u.a. sein:
- Änderungen von Leistungen, Leistungsinhalten oder Abrechnungsregeln
  - Anpassungen der Instrumente zur Verbesserung der Strukturqualität wie z.B. Anpassung der besonderen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages
  - Beratung und Information der HAUSÄRZTE zur Wirtschaftlichkeit gemäß dieser Anlage 9
  - Aufnahme neuer Versorgungssteuerungselemente im Rahmen der Anlage 10 des HzV-Vertrages
  - Weitergehende Information der Versicherten über die Versorgungsziele des Hausarztprogrammes

## **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 vertragspezifischen Versorgungsmodule keine abschließenden 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.