

**Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V vom 01.10.2018
in der Fassung vom 01.01.2019**

zwischen der



GWQ ServicePlus AG

Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand Dr. Johannes Thormählen
(„GWQ“)
für die beigetretenen Krankenkassen gemäß Anlage 12

und



Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Berthold Dietsche
Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart
(„Hausärzterverband“)

und



MEDI Baden-Württemberg e.V.

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart
(„MEDI e.V.“)

sowie



HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

vertreten durch den Vorstand Dr. Axel Wehmeier und Martina Simon
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln
(„HÄVG“)

und



MEDIVERBUND AG

vertreten durch die Vorstände Frank Hofmann und Dr. jur. Wolfgang Schnörer
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart
(„MEDIVERBUND“)

als Erfüllungsgehilfen für den Hausärzterverband und MEDI e.V.

Vertragsanpassungen zum 01.07.2022

Zwischen den oben genannten Vertragspartnern wurde mit Datum vom 01.01.2019 ein Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V („HZV-Vertrag“) geschlossen. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Vertragsunterlagen wie folgt, zum 01.07.2022 angepasst werden.

§ 1

Anpassung des Hauptvertrags des HZV-Vertrages

(1) Der Hauptvertrag wird zum 01.07.2022 wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt ersetzt: „Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 der Anlage 3 gelten zunächst bis zum 30. Juni 2024.“

2. § 10 Absatz 5 Abschnitt a) wird wie folgt aktualisiert:

„Einigen sich GWQ und der Hausärzteverband/MEDI e.V. bis zum 30. Juni 2024 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelungen gemäß der §§ 1 bis 3 der Anlage 3, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen zunächst bis zum 31. Dezember 2024 fort. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Jahreszeiträume, für die die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 der Anlage 3 oder geänderte Vergütungsregelungen über den 31. Dezember 2024 hinaus fortbestehen.“

3. § 10 Absatz 5 Abschnitt c) Satz 1 wird wie folgt angepasst:

„Einigen sich die GWQ und der Hausärzteverband/MEDI e.V. vor dem 30. Juni 2024 über eine Änderung der Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 der Anlage 3, die nicht lit. b) unterfällt, teilt der Hausärzteverband/MEDI e.V. dies dem HAUSARZT unverzüglich, spätestens jedoch ein Quartal vor Inkrafttreten der neuen Vergütungstatbestände mit.“

(2) Der Hauptvertrag wird durch den dieser Änderungsvereinbarung anliegenden neuen Hauptvertrag zum 01.07.2022 ersetzt.

§ 2

Anpassung der Anlage 3: Vergütung und Abrechnung

(1) § 1 der **Anlage 3** wird zum 01.07.2022 wie folgt geändert:

P2 Kontaktabhängige Pauschale	<ul style="list-style-type: none">▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none">▪ Max. 1 x pro Quartal▪ Max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr▪ Im ersten Versicherungsteilnahmequartal eines Versicherungsteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist	45,00 EUR
--	---	--	--------------

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 6 Abs. 2 und 3 des HZV-Vertrages 	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versicherungsteilnahmejahres ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>P4 Pauschale für die intensive Behandlung eines multimorbiden Patienten mit besonders hohem zeitlichen Betreuungsaufwand und komplexem Koordinationsbedarf</p>	<p>Speziell auf die Bedürfnisse multimorbider Patienten abgestimmter und P2/P3 übersteigender hausärztlicher Versorgungsaufwand, der sich in einem erhöhten bzw. intensiveren Anteil folgender hausärztlicher Aufgaben deutlich macht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit chronischen Erkrankungen durch den HAUSARZT oder die VERAH ▪ Erarbeitung und Vermittlung eines ganzheitlichen und vernetzten Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen der vorliegenden chronischen Erkrankungen und unter Einbeziehung sowie Zusammenführung einschlägiger Leitlinien bei Patienten, die einer sehr engmaschigen hausärztlichen Koordination bedürfen ▪ Koordination (fach-)ärztlicher/ pflegerischer/ sozialer und präventiver Maßnahmen durch den HAUSARZT oder die VERAH ▪ Verstärktes und kontinuierliches Einwirken auf die Adhärenz und das Empowerment des Patienten; Medikationsmanagement ggf. Überleitungsmanagement stationär – ambulant; Einbindung des sozialen Umfelds 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal ▪ Max. 1 x pro Tag <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>10,00 EUR</p>
<p>Z1 Präventions-Zuschlag</p>	<p>Durchführung einer der folgenden Leistungen:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p>	<p>20,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ▪ Gesundheitsuntersuchung, (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (GOP 01740 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) ▪ Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x pro pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms: Einmalig; ab dem vollendeten 50. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr 	
<p>Z6 Psychosomatik Zuschlag auf P1 und P2</p>	<p>Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gemäß EBM vgl. Anhang 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 und P2 <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband und MEDI per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab Meldequartal der eingereichten Selbstauskunft ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versicherungsteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes Quartal 	<p>04,00 EUR auf P1</p> <p>07,50 EUR auf P2</p>

		des Versichertenteilnahmejahres der Zuschlag auf die P1 anteilig abgezogen	
Z7 Zuschlag Sonografie auf P1	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ (GOP 33012 und 33042 gemäß EBM vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzterverband und MEDI per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem Meldequartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen. 	06,00 EUR

(2) Folgende Einzelleistungen entfallen aufgrund der Umwandlungen in die o. g. Zuschläge „Psychosomatik“ und „Sonografie“ und durch die Aufnahme in die Pauschale P1 und/oder Pauschale P2:

1. 35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
2. 35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen
3. 33012 Schilddrüsen-Sonographie
4. 33042 Abdominelle Sonographie
5. 03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment
6. 01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
7. 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II

(3) § 2 der Anlage 3 „Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser Anlage 3 nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31.12.2020 (§ 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages)“ wird ersetzt durch: „Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser Anlage 3 nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 30.06.2024 (§ 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages)“

Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung vom 01.10.2018 in der Fassung vom 01.01.2019

Anlagen:

Anlage 1: Hauptvertrag, gültig ab 01.07.2022

Anlage 2: Anlage 3 zum HZV-Vertrag HzV-Vergütung und Abrechnung, gültig ab 01.07.2022

Stuttgart, den 01.05.2022

GWQ ServicePlus AG
Dr. Johannes Thormählen

Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Dr. med. Nicola Buhlinger-Göpfarth

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Dr. Axel Wehmeier, Martina Simon

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

MEDIVERBUND AG
Frank Hofmann, Dr. jur. Wolfgang Schnörer