

## **Anlage 9 - Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit**

### **Präambel**

Die Parteien steuern den HzV-Vertrag mit dem Ziel, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die Struktur- und Prozessverbesserungen, die durch die besondere hausärztliche Versorgung im Rahmen des HzV-Vertrages entstehen können, lassen Qualitätsverbesserungen und Wirtschaftlichkeitseffekte erwarten. 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 gemäß § 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V Wirtschaftlichkeitskriterien, Maßnahmen bei deren Nichteinhaltung und Regelungen zur Qualitätssicherung für die Versorgung im Rahmen dieses Vertrages.

Dabei obliegt es den Vertragspartnern, anhand geeigneter objektiver Indikatoren eine Vereinbarung für eine Konkretisierung 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 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 multi-morbiden 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**

- a) Apparative Mindestausstattung (s. § 3 HzV-Vertrag);
- b) Besondere Qualifikationsanforderungen (s. § 3 HzV-Vertrag): Sicherstellung der Erbringung der Leistungen: Langzeitblutdruckmessung, Sonografie, Langzeit-EKG und Belastungs-EKG;
- c) Verwendung einer Vertragssoftware zur Umsetzung folgender Module:
  - aa) Softwaremodul Hilfsmittelmanagement (nach gesonderter Vereinbarung)
  - bb) Softwaremodul Heilmittelmanagement (nach gesonderter Vereinbarung)
  - cc) Softwaremodul AU-Fallmanagement (nach gesonderter Vereinbarung)
  - dd) Qualitätssicherungsmodul zur Diagnosedokumentation;
- d) aktive Teilnahme an allen hausärztlich relevanten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V (DMP).

#### **2. Obligatorische besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen:**

- a) Teilnahme an mindestens drei Qualitätszirkeln nach Anlage 2;
- b) Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden (DEGAM);
- c) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V unter besonderer Berücksichtigung patientenzentrierter Gesprächsführung, psychosomatischer Grundversorgung, Palliativmedizin, allg. Schmerztherapie und Geriatrie insbesondere durch Angebote im Rahmen der strukturierten hausärztlichen Fortbildung;
- d) Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagements nach Anlage 2;
- e) Information und Motivation von HzV-Versicherten bzgl. Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137 f SGB V.

### **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) Angebot einer Sprechstunde von Montag bis Freitag („**werktägliche Sprechstunde**“) sowie einer einmal wöchentlichen Früh- oder Abendterminsprechstunde an Werktagen für berufstätige HzV-Versicherte (ab 7 Uhr oder bis 20 Uhr) mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage oder einer Samstagsterminsprechstunde für berufstätige HzV-Versicherte;
- b) Begrenzung der Wartezeit auf maximal 30 Minuten;

- c) Taggleiche Behandlung bei akuten Behandlungsfällen;
- d) Durchführung von Hausbesuchen bei HzV-Versicherten in notwendigen Fällen;
- e) Überweisung von HzV-Versicherten an Spezialisten unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung der dem HAUSARZT möglichen und notwendigen hausärztlichen Abklärungen sowie aktive Unterstützung bei der Vermittlung von zeitnahen Terminen bei Spezialisten bei durch den Hausarzt veranlassten Überweisungen;
- f) Unterstützung bei der Suche nach einem Vertretungsarzt, der als HAUSARZT an der HzV teilnimmt, für eingeschriebene HzV-Versicherte;
- g) 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;
- h) Unterstützung der in **Anlage 11** aufgeführten Selektivverträge;
- i) Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und bei stationären Einweisungen;
- j) Prüfung und Entscheidung, ob vor der Einweisung eines HzV-Versicherten in die stationäre Krankenhausbehandlung ein ambulant tätiger Spezialist einzuschalten ist (ambulant vor stationär);
- k) Wahrnehmung der Lotsenfunktion des HAUSARZTES durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Förderung ambulanter Operationen unter gezielter Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen.

## **§ 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: Verstößen 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**

- (1) 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**

Laut Bundesgesundheitsministerium soll die Prävention gestärkt werden und neben Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege ein fester Bestandteil der Versorgung im Gesundheitssystem werden. Prävention wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gegliedert. Im Einzelnen soll Prävention Krankheiten verhüten, Krankheitsrisiken reduzieren, vorzeitige Todesfälle vermeiden, Behandlungskosten einsparen helfen, eine rechtzeitige Therapie erleichtern, Arbeitsfähigkeit erhalten und chronische Krankheiten vermeiden. Durch einen Präventionszuschlag, der durch die Durchführung verschiedener Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen von Krankheiten ausgelöst wird, werden spezifische Anreize in der HzV gesetzt, Prävention aktiv in die Versorgung der Patienten zu integrieren und als Standardinstrument zur Anwendung zu bringen. Durch den Fokus auf Sekundärprävention wird einer der wichtigsten Bestandteile der Prävention im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung gestärkt.

#### **(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 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** auf mehreren Ebenen:
  - a) Prüfung der Abrechnungen des HAUSARZTES gemäß der Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3**
  - b) Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage der gem. § 106 Abs. 2 Satz 12 SGB V zu übermittelnden Daten. Die Vertragspartner können mit dieser Prüfung gemeinsam oder einzeln im gegenseitigen Benehmen jede geeignete Einrichtung beauftragen. Die Prüfung erfolgt nach den gleichen Maßstäben wie in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Kosten der Prüfung trägt vorbehaltlich anderer Vereinbarungen der beauftragende Vertragspartner allein.
- (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 Vertrags-partnern.
- b) Die Arbeitsgruppe schlägt gemeinsame Kriterien und Verfahren für die Betrachtung der vertragspezifischen Versorgungssteuerungsmodulen sowie u.a. der folgenden Versorgungsbereiche zur Entwicklung der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitskriterien im HzV-Vertrag vor:

- Entwicklung der Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (z.B. Fortbildungen)
- 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)
  - Morbiditätsveränderungen der teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der Entwicklung des MRSA-Risikofaktors
- Entwicklung Inanspruchnahme Krankenhaustransporte
  - Entwicklung der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung
  - Entwicklung der Inanspruchnahme von Arzneimitteln
  - Entwicklung der Inanspruchnahme von Heilmitteln
  - Entwicklung der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln
  - Entwicklung der Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege
  - Entwicklung der Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung im Rahmen der HzV
  - Entwicklung der Inanspruchnahme von Krankengeld
  - Entwicklung der Inanspruchnahme stationärer Behandlung im Krankenhaus
  - Entwicklung der Inanspruchnahme von Kuren
  - Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflege
  - Entwicklung der Inanspruchnahme sonstiger Leistungserbringer
  - Entwicklung der Zahl von Überweisungen an Fachärzte

Eine abschließende Ergebnisbewertung findet zwischen den Vertragsparteien statt.

## **§ 10**

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

- (1) Der HzV-Vertrag regelt in § 10 Abs. 7 eine versichertenbezogene Obergrenze von 76 Euro je Quartal. Sie gewährleistet die Wirtschaftlichkeit des HzV-Vertrages, da diese Obergrenze übersteigende HzV-Vergütungsansprüche der HAUSÄRZTE im jeweiligen Quartal auf diese Obergrenze begrenzt sind und seitens der TK keine diesbezügliche Zahlungspflicht besteht.
- (2) Die Ergebnisse der Versorgungssteuerung und des Vertragscontrollings werden fortlaufend jahresbezogen in der AG Versorgungssteuerung und Vertragscontrolling zusammengefasst und den Vertragspartnern vorgelegt. Nach einvernehmlicher Entscheidung der Vertragspartner werden ggf. korrigierende Schritte in der Steuerung eingeleitet und Anpassungen oder Weiterentwicklungen der vertragsspezifischen Versorgungssteuerungsmodule vorgenommen.
- (3) Nach vier Jahren Laufzeit sind die Erkenntnisse zur Einhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien gem. § 73b Abs. 9 SGB V der Aufsichtsbehörde in Benehmen mit dem Vertragspartner durch die TK vorzulegen.

## **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 vertragsspezifischen 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 dieser Anlage 9.

## **§ 12**

### **Verfahren bei Nichteinigung**

Sofern in den nach dieser Anlage erforderlichen Entscheidungen keine Einigung der Vertragsparteien erzielt werden kann, kann jede der Vertragsparteien das Schiedsverfahren nach **§ 18 des HzV-Vertrages** beantragen und einleiten.