

Zielvereinbarung zur Umsetzung des § 10 Abs. 12 HzV-Vertrages 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 Wirtschaftlichkeitseffekte 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 an Kriterien zur Qualitätssicherung sowie zur Wirtschaftlichkeit.

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 Hausarztkonsultationen“. (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

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. 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 in diesem HZV-Vertrag tragen dazu bei, dass Krankheiten gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden.

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.

Aufgrund des Fehlens eines einheitlichen Messverfahrens haben die Vertragspartner unter Berücksichtigung der vereinbarten Steuerungsinstrumente die Effekte der bei Umsetzung der durch die besondere hausärztliche Versorgung entstehenden zusätzlichen Leistungen der teilnehmenden Hausärzte während der bisherigen Vertragslaufzeit analysiert. Diese Analyse fließt in die Ermittlung der Refinanzierung der Mehraufwendungen des HzV-Vertrages durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen in Höhe der Vorfinanzierungssumme gemäß § 10 Abs. 15 Satz 2 bis einschließlich des Quartals 4/2014 vollständig ein. Nach dieser Analyse refinanzieren für die Zeit bis einschließlich des Quartals 4/2014 die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die Mehraufwendungen in Höhe des Vorfinanzierungsbetrages von 10% gemäß § 10 Abs. 15 Satz 1, Satz 2 des HzV-Vertrages, übersteigen diesen Betrag für diesen Zeitraum aber auch nicht. Die endgültige Vergütung des Hausarztes je Quartal bis einschließlich 4/2014 entspricht dem sich aus § 10 Abs. 15 Satz 1 und 2 des HzV-Vertrages ergebenden Betrag. Die Quartalschlussabrechnungen und die Auszahlung der HZV-Vergütungsansprüche entsprechend der kassenseitig gelieferten Obergrenzen für diese Quartale gemäß § 10 Abs. 15 Sätze 1 und 2 sind daher abgesehen von sachlich-rechnerischen Berichtigungen und fristgerechten Nachreichungen abschließend, eine über den Vorfinanzierungsbetrag hinausgehende Vergütung ist ausgeschlossen. Sollte die Krankenkasse in einem oder in mehreren Quartalen bis einschließlich Q4/2014 einen höheren Betrag an die HAUSÄRZTE ausbezahlt haben als sich aus § 10 Abs. 15 Satz 1 und

2 des HzV-Vertrages ergibt, ist der überzahlte Betrag im Rahmen der Auszahlung der HzV-Vergütungsansprüche der Schlussabrechnungen bis einschließlich Q4/2014 unverzüglich an die Krankenkasse zurückzuführen. Für das Verfahren gilt § 10 Abs. 16 des HzV-Vertrages entsprechend.

Ab dem 1.1.2015 erfolgt die hausärztliche Vergütung in Form einer Obergrenze gem. § 10 Abs. 15 des HzV-Vertrages. Die Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität der Obergrenze ergibt sich aus deren Festsetzung unter Berücksichtigung der fortentwickelten historischen Leistungsbedarfe der Versicherten sowie von Einsparungen und Effizienzsteigerungen resultierend aus benannten Struktur- und Prozesssteuerungseffekten.

§ 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

- Apparative Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung); Erbringung von mindestens zwei der folgenden Leistungen: Langzeitblutdruckmessung, Langzeit-EKG und Sonografie. Diese Leistungen können im Rahmen einer Gerätegemeinschaft erbracht werden;
- Vom ersten Abrechnungsquartal an Ausstattung mit gem. § 8 für diesen HzV-Vertrag zugelassener und benannter Software („Vertragssoftware“) nach Anlage 1 der stets aktuellen Version;
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
- Soweit der HAUSARZT Versicherte in die HzV einschreiben möchte, die jünger als 10 Jahre alt sind, bedarf es zusätzlich folgende apparative Mindestausstattung: Säuglingswaage, Stadiometer; und Hörtestgerät.

2. Obligatorische besondere Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen:

- Teilnahme an mindestens vier strukturierten Qualitätszirkeln je Kalenderjahr nach der Maßgabe von Anlage 2 und Teilnahme an speziellen Pharmakotherapieberatungen, sowie die im Rahmen des Vertrages oder im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung Westfalen-Lippe vereinbarten Ziele nicht erfüllt werden.
- Konsequente Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien und Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden nach den Maßgaben von Anlage 2;
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V unter anderem durch Teilnahme an zwei ganztägigen Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren. Dabei sollen zur Stärkung der geriatrischen Versorgung vorrangig Fortbildungsangebote im Bereich der Geriatrie („Fortbildung Geriatrisches Assessment“) in Anspruch genommen werden, Ferner sind Fortbildungen, wie in den Bereichen patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Onkologie, psychische Erkrankungen/Depressionen und psychosoziale Betreuung.
- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements nach Maßgabe von Anlage 2, das mindestens den Anforderungen der Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 135a SGB V entspricht;
- Qualifikation oder Erwerb der Qualifikation für Psychosomatik spätestens bis zum 31. März 2014 gem. den Psychotherapie-Vereinbarungen; für ab dem 1. April 2014 an der HzV teilnehmende HAUSÄRZTE ist die Qualifikation von Beginn an Teilnahmevoraussetzung;
- Teilnahme an sämtlichen für die hausärztliche Versorgung relevanten strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V für Diabetes mellitus Typ II, KHK und Asthma/COPD spätestens ab 1. April 2012. Für ab dem 1. Juli 2012 an der HzV teilnehmende HAUSÄRZTE ist die Qualifikation von Beginn an Teilnahmevoraussetzung;
- soweit der HAUSARZT Versicherte in die HzV einschreiben möchte, die jünger als 10 Jahre alt sind, bedarf es zusätzlich zum Beleg der fachlichen Mindestqualifikation des Nachweises der Durchführung von mindestens 30 der in Nordrhein-Westfalen

verpflichtenden Kindervorsorgen (U5 – U9) nach den geltenden Richtlinien ja Quartal in den letzten 4 Quartalen;

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. Ziffer 1.1.3 der Anlage 4 des Vertrages und in diesem Zusammenhang getroffene bilaterale Absprachen bleiben hiervon unberührt, anderweitige Vereinbarungen zwischen der Krankenkasse und dem Hausärzteverband sind möglich.

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:

- Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, das heißt ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen von Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage in Nordrhein-Westfalen mit gleichmäßiger Verteilung auf die Vor- und Nachmittagsstunden sowie einer Terminabendsprechstunde für berufstätige HzV-Versicherte bis mindestens 20:00 Uhr pro Woche. Alternativ kann zu der Terminabendsprechstunde eine Terminsprechstunde am Samstagvormittag angeboten werden. Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit des Praxisteam's außerhalb der Sprechstunde inklusive der Mittagszeit. Ausgenommen sind die örtlich geregelten Notfallzeiten;
- Verpflichtung, für HzV-Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen die Wartezeit auf regelmäßig maximal 30 Minuten zu begrenzen (Notfälle sind bevorzugt zu behandeln); eine taggleiche Behandlung bei akuten Fällen wird sichergestellt, Durchführung von Hausbesuchen in notwendigen Fällen;
- Überweisung von HzV-Versicherten an Fachärzte unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach Durchführung der dem HAUSARZT möglichen und notwendigen hausärztlichen Abklärung sowie aktive Unterstützung der Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen beziehungsweise Aufnahmetermenen in Krankenhäusern bei durch den HAUSARZT veranlassten Überweisungen; bei Bedarf mit Unterstützung der Krankenkasse;
- Benennung eines Vertreterarztes, der als HAUSARZT an der HzV teilnimmt, für eingeschriebene HzV-Versicherte in Vertretungsfällen im Sinne von § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV in der jeweils aktuellen Fassung; Vertretungen müssen – von begründeten Einzelfällen oder im Notfall abgesehen – innerhalb der HzV organisiert werden;
- Durchführung der Datensammlung und Dokumentation, insbesondere die Zusammenführung, Prüfung sowie Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aller beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebenen. Hierzu gehört auch die Führung und Pflege eines

Anlage 9

patientenbezogenen Arzneimittelkontos. Zudem werden alle für die Diagnostik und Therapie relevanten Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und bei stationäre Einweisung – elektronisch oder in Papierform – übermittelt;

- 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;
- Prüfung und Entscheidung, ob vor der Einweisung eines HzV-Versicherten in die stationäre Krankenhausbehandlung ein ambulant tätiger Facharzt einzuschalten ist (nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“). Im Zusammenhang mit einer Entlassung aus einem stationären Krankenhausaufenthalt überprüft der HAUSARZT die Entlassungsmedikation hinsichtlich der Frage einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung. Der HAUSARZT ist verpflichtet, zeitnah die erforderlichen Maßnahmen, zum Beispiel Rehabilitationsmaßnahmen, Heilmittel- sowie Hilfsmittelversorgung im Anschluss an den stationären Krankenhausaufenthalt einzuleiten.
- Wahrnehmung der Lotsenfunktion des HAUSARTZES durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Durch eine bedarfsgerechte und vertrauensvolle Begleitung von HzV-Versicherten wirkt der Hausarzt darauf hin, dass eine Inanspruchnahme weiterer Hausärzte durch den HzV-Versicherten außerhalb der HzV unterbleibt;
- Förderung ambulanter Operationen unter gezielter Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen;
- für Patienten mit bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf ermöglicht der HAUSARZT auch zu Zeiten des örtlich geregelten Notdienstes seine telefonische Erreichbarkeit und führt, soweit erforderlich, Dringlichkeitsbesuche durch;
- Überprüfung des Impfstatus und gegebenenfalls Angaben einer konkreten Impfempfehlung;
- Nachhaltige Motivation der Versicherten zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung;
- Kostenfreies Abstempeln eines Bonusheftes, sofern Leistungen betroffen sind, die vom HAUSARZT erbracht wurden, im zeitnahen Zusammenhang mit der Erbringung;

Anlage 9

- Die Behandlung behinderter Patienten muss gewährleistet sein. Dabei sollte ein barrierefreier Zugang zu den Praxisräumen gewährleistet werden;
- Rechtzeitige Bekanntmachung und Sicherstellung eines HzV-Vertreterarztes gegenüber den HzV-Versicherten;
- Präventionsangebote der Krankenkasse sind zu berücksichtigen. Über die Angebote hat der HAUSARZT in geeigneter Weise zu informieren. Nicht ärztliche Hilfen und flankierende Dienste (wie z.B. Hinweise auf Selbsthilfegruppen) sind in die Behandlungsmaßnahme zu integrieren.

§ 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. Förderung spezifischer hausärztlicher Leistungen (siehe Anlage 3)

- Psychosomatik-Leistungen zur besonderen Betreuung

- Einsatz einer „VERAH“
- „Verlängerte Sprechzeit“
- Besuch
- Mitbesuch
- Heimbefuch
- hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten
- Besuche von Palliativpatienten
- Überleitungsmanagement (telefonisch)
- Überleitungsmanagement (persönlich)
- Postoperative Hausärztliche Betreuung
- Versorgung chronischer Wunden
- Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

2. Arzneimittelmodul

Ziel des Arzneimittelmoduls ist eine Rationale Pharmakotherapie. Der HAUSARZT wird bei der Auswahl von Arzneimitteln nach pharmakologischen und wirtschaftlichen Überlegungen unterstützt. So kann ein optimaler Einsatz der begrenzten Ressourcen mit dem Ergebnis der Kostenreduktion erfolgen. Die erforderlichen Arzneimittel werden ausreichend und zweckmäßig für den jeweiligen Patienten verordnet. Die Vertragspartner haben sich hierzu bereits auf pharmakologische Vorgaben geeinigt:

Im Rahmen des Arzneimittelmoduls werden folgende Arzneimittellisten umgesetzt:

pzngruen.csv

Patentfreie Arzneimittel, für die die Krankenkasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Dunkelgrün).

Anlage 9

Darüber hinaus gibt es grün berechnete Arzneimittel (Hellgrün), die den drei preisgünstigsten patentfreien Arzneimitteln am Markt aus der Gruppe der vorgeschlagenen wirtschaftlichen Alternativen entsprechen, sofern die Krankenkasse keine Rabattverträge für diesen Wirkstoff abgeschlossen hat. Für diese Arzneimittel erfolgt jedoch keine Datenlieferung durch die Krankenkasse, die Berechnung erfolgt durch das HÄVG-Prüfmoduls (HPM).

atcrot.csv

Diese Liste beinhaltet die **ATC-Codes** von den Wirkstoffen, für die alle zugehörigen PZN als „rot“ hinterlegt werden sollen. Grundlage für diese Liste ist die Me-too-Liste der KVNO, Stand 01.01.2013. Die KVNO-Liste kann nach Abstimmung der Vertragspartner um verschiedene Substanzen ergänzt werden, bzw. können verschiedene Wirkstoffe gestrichen werden.

pznrot.csv

In dieser Liste *pznrot.csv* befinden sich lediglich Einträge zu Wirkstoffen, von denen nur ein Teil der dazu gehörenden PZN als „rot“ gekennzeichnet werden. Solche differierenden Bewertungen können sich zum Beispiel aufgrund unterschiedlicher Indikationen ergeben.

ersetzen.csv

Die Liste *ersetzen.csv* zeigt an, durch welchen Wirkstoff ein als „rot“ gekennzeichneteter Wirkstoff ersetzt werden soll.

Diese Liste beinhaltet also die zu ersetzenden Wirkstoffe und Präparate der Listen *atcrot.csv*, *pznrot.csv*, *atcorange.csv* und *pznorange.csv*, die durch entsprechende Wirkstoffe substituiert werden sollen.

Als konkretes Beispiel aus den vorläufigen Zielfeldern wird hier von Antidiabetika auf die ATC von Metformin, Glimepid und Gliobenclamid umgesteuert.

Die in der Ersetzen-Liste vorgeschlagenen Wirkstoffe beruhen grundsätzlich auf Leitlinienempfehlungen.

Die Hausärzteverbände, die HÄVG sowie die Krankenkassen erklären, dass mit dieser Liste **nicht** in die Therapiefreiheit des Hausarztes eingegriffen wird. Der Arzt kann einen Wirkstoff unabhängig der Kennzeichnung „rot“ verordnen. Sollte er aufgrund des Hinweises in der Vertragssoftware den ursprünglich gewählten Wirkstoff gegen einen empfohlenen Wirkstoff austauschen, kann er innerhalb der angebotenen Alternativwirkstoffe frei wählen. Der Arzt verordnet allein aufgrund seiner ärztlichen Erwägungen.

erlaeuterungen.csv

Wenn bei bestimmten Substitutionen Erläuterungen angezeigt werden sollen, werden diese in der Liste *erlaeuterungen.csv* gepflegt, z.B.:

„Gabapentin ist im Allgemeinen bei der Indikation neuropathischer Schmerz dem Pregabalin vorzuziehen.“

meldungen.csv

In der Liste *meldungen.csv* können zu den einzelnen PZN oder ATC Hinweistexte und Fragemeldungen hinterlegt werden, z.B.:

„Dieser Wirkstoff ist eingeschränkt verordnungsfähig gemäß Anlage 3 Arzneimittelrichtlinie“.

Wenn es für die Krankenkasse relevant ist, können zusätzlich noch folgende Listen umgesetzt werden

Atcorange.csv

Diese Liste beinhaltet die ATC-Codes von den Wirkstoffen, für die alle zugehörigen PZN als „orange“ hinterlegt werden sollen. Grundlage für diese Liste sind Wirkstoffe von Präparaten, die patentgeschützt und / oder biologisch hergestellt werden, für die nach § 130 a Abs. 8 SGB V kein Rabattvertrag geschlossen wurde, die aber gegen rabattierte patentgeschützten und / oder biologisch hergestellten Arzneimittel ausgetauscht werden können, für die die Krankenkasse Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Pznorange.csv

Optional kann die Krankenkasse eine PZN - Liste von einzelnen, patentgeschützten und / oder biotechnologisch hergestellten Arzneimittel liefern, die gegen Arzneimittel der Liste Pznblau.csv ausgetauscht werden können.

Pznblau.csv

Eine PZN - Liste von patentgeschützten und / oder biologisch hergestellten Arzneimittel, für die die Krankenkasse Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Zur Qualitätssicherung und regelmäßigen Validierung sowie zur Weiterentwicklung des Arzneimittelmoduls wird eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der Krankenkasse, des Hausärzteverbandes und der HÄVG als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes einberufen, die mind. einmal im Kalenderjahr tagt. Die Entsendung der jeweiligen Mitglieder der Arbeitsgruppe obliegt den jeweiligen Vertragspartnern.

Bezüglich der technischen Umsetzung, der Datenlieferungstermine sowie der Arbeitsgruppe „Arzneimittelmodul“ verständigen sich die Vertragspartner bilateral.

3. Präventionsleistungen (siehe Anlage 3)

Präventions-Einzelleistungen
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer

4. Weitere vertragspezifische Versorgungssteuerungsmodulare

Die Vertragspartner können während der Vertragslaufzeit weitere vertragspezifische Versorgungssteuerungsmodulare einsetzen.

Teil D Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung

§ 9 Vertragscontrolling

- (1) Grundsätzlich gilt für ein Verfahren zur Betrachtung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeitskriterien in diesem HzV-Vertrag, dass 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) Die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung der hausarztzentrierten Versorgung des teilnehmenden Hausarztes werden die Vertragspartner durch ein gemeinsames Controlling durchführen:

Anlage 9

- 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 insbesondere anhand der hausärztlichen Leistungserbringung im Rahmen der vertragspezifischen Versorgungssteuerungsmodul u.a. nach den folgenden Kriterien und Kennzahlen:

1. Entwicklung der hausärztlichen Leistungen im Rahmen der Vertragsspezifischen Versorgungssteuerungsmodul:

- Entwicklung der Psychosomatik-Leistungen zur besonderen Betreuung
- Entwicklung Einsatz einer „VERAH“
- Entwicklung der Leistung „Verlängerte Sprechzeit“
- Entwicklung Besuch, Mitbesuch und Heimbefuch
- Entwicklung der hausärztlichen Betreuung von Palliativpatienten
- Entwicklung der Besuche von Palliativpatienten
- Entwicklung Überleitungsmanagement (telefonisch)
- Entwicklung Überleitungsmanagement (persönlich)
- Entwicklung der Postoperativen Hausärztlichen Betreuung
- Entwicklung der Versorgung chronischer Wunden
- Entwicklung des Hausärztlich-geriatrischen Basisassessments

2. Entwicklung der hausärztlichen Leistungen in den Leistungsbereichen ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittelmanagement, Krankenhausleistungen (vermiedene Rehospitalisierung, vermiedene 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 Anzahl 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
- Entwicklung der rationalen Pharmakotherapie unter Nutzung des AMM

3. Entwicklungen der hausärztlichen Leistungen im Bereich der Präventionsleistungen

- Entwicklung der Präventions-Einzelleistung
- Entwicklung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen
- Entwicklung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer

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

§ 10

Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien

1. Die HzV-Vergütungsansprüche der HAUSÄRZTE im jeweiligen Quartal sind ab dem 01.01.2015 auf die Obergrenze nach § 1 Abs. 11 in Verbindung mit § 10 Abs. 15 des HZV-Vertrages begrenzt und weitergehende Zahlungsverpflichtungen der Krankenkasse ausgeschlossen. Für hausärztliche Leistungen bis einschließlich des Quartals 4/2014 ist der Vergütungsanspruch des Hausarztes auf die nach Maßgabe

Anlage 9

von § 10 Abs. 15 Satz 1 und 2 des HZV-Vertrages gelieferte arztindividuelle Obergrenze (MGV + EGV + 10%) begrenzt.

2. Die Ergebnisse der Versorgungssteuerung und des Vertragscontrollings werden den Vertragspartnern im Beirat vorgelegt, von diesen konsentiert und es werden nach einvernehmlicher Entscheidung der Vertragspartner im Beirat sofern erforderlich korrigierende Schritte in der Steuerung eingeleitet und Anpassungen der vertragspezifischen Versorgungssteuerungsmodule vorgenommen.

Teil E
Schlussbestimmungen

§ 11

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Anpassungsregelung zum HZV-Vertrag

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die in dieser Anlage benannten Prozess- und Strukturverbesserungen und die benannten vertragspezifischen Versorgungsmodule abschließende Regelungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitskriterien enthalten.

§ 12

Verfahren bei Nichteinigung

Diese Vereinbarung basiert auf dem 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.