

Anlage 3 – Versorgungsmodul „Chroniker“

Präambel

Im Versorgungsmodul „Chroniker“ erfolgt die hausarztzentrierte Versorgung von AOK-Versicherten, die in der Regel einen besonderen Betreuungsbedarf in der hausärztlichen Praxis aufweisen, sei es aufgrund chronischer Erkrankungen, die ein kontinuierliches von Behandlungsbrüchen freies, interdisziplinär abgestimmtes Betreuungskonzept erfordern, oder aufgrund von Mehrfacherkrankungen, die eine erhöhte Betreuungsintensität beziehungsweise ein besonders auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmtes Betreuungskonzept erfordern oder beides.

Mit diesem Vertrag leisten die Vertragspartner einen gesamtgesellschaftlichen Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz.

§ 1

Versorgungsziele

Ziel ist es, insbesondere für Versicherte mit besonderen, schwierigen und/oder langwierigen Erkrankungen eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung umzusetzen, die dem besonderen Versorgungsbedarf dieser Patienten Rechnung trägt.

Zusätzlich zu den durch den EBM und die vertragsärztliche Honorarsystematik geregelten Finanzierungsmöglichkeiten soll eine intensiviertere Versorgung von chronisch kranken Patienten ermöglicht werden, indem bei definierten schwierigen und/oder langwierigen Erkrankungen erweiterte Betreuungs- und/oder Beratungsleistungen finanziert werden. Hierdurch sollen betroffene Patienten für die Bewältigung ihrer krankheitsbedingt schwierigen Lebenssituation zusätzliche ärztliche Unterstützung erfahren.

Zur Erreichung dieser Ziele führen die Vertragspartner einen kontinuierlichen Qualitätsdialog, insbesondere im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Versorgung für die Versicherten.

§ 2

Versorgungsinhalt

Die medizinischen Kriterien für Versicherte, unter denen eine hausarztzentrierte Versorgung im Versorgungsmodul „Chroniker“ erfolgen kann, sind im **Anhang 1** zu diesem Versorgungsmodul definiert.

§ 3

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

Das Versorgungsmodul „Chroniker“ in der vorliegenden Fassung tritt am 1. Juli 2019 in Kraft und ersetzt das gekündigte Versorgungsmodul „Multimorbidität/chronische Erkrankungen“ in der Fassung vom 1. Januar 2016, das noch bis 30. Juni 2019 fort gilt. Das Versorgungsmodul „Chroniker“ endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf zum 30. Juni 2020.

Die Vertragspartner evaluieren die Inanspruchnahme des Moduls quartalsweise und werden rechtzeitig vor Ablauf der Laufzeit in Gespräche eintreten, ob und inwieweit eine neue Regelung getroffen werden kann. Änderungen oder Ergänzungen des Versorgungsmoduls „Chroniker“ bedürfen der Schriftform.

Anhang 1 zu Anlage 3 – Vergütung

§ 1 Einschreibung

- (1) Den teilnehmenden Hausärzten entsteht bei der Neueinschreibung von Patienten in die hausarztzentrierte Versorgung ein besonderer Aufwand, der mit einer Einschreibepauschale (E) in Höhe von 8,00 Euro einmalig je Versicherter/Versichertem vergütet wird (GOP 90500).
- (2) Der besondere Aufwand bei der Einschreibung von Patienten in die hausarztzentrierte Versorgung umfasst insbesondere die
 - Identifizierung der Versicherten mit besonderer Betreuungsintensität in der hausärztlichen Versorgung aufgrund chronischer/schwerwiegender/lebensverändernder Erkrankung(en)
 - Information und Beratung des Versicherten über die Ziele und Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung
 - Information der Versicherten über den Datenschutz, Aushändigung der Teilnahmeerklärung zusammen mit den Hinweisen zum Datenschutz sowie der Patienteninformation und wirksame Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung
 - Übermittlung der von der Versicherten/vom Versicherten unterschriebenen Teilnahmeerklärung an die AOK RPS

§ 2 Besondere Versorgungsleistungen

- (1) Die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte bieten besondere Leistungen für Patienten mit chronischen Erkrankungen an. Besonderes Augenmerk richtet die Hausärztin/der Hausarzt insbesondere auf das Modell des Shared-Decision-Making, bezogen auf Diagnostik, Therapiewahl und den Krankheitsverlauf.

Folgende Elemente stehen bei der Behandlung im Fokus:

- a) praxisorganisatorische Umsetzung des Shared-Decision-Making-Modells gemäß dieses Vertrages
- b) intensivierete Steuerung der Therapieverläufe und -planung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten (Shared-Decision-Making), insbesondere bei Patienten mit neu manifestierten chronischen Erkrankungen
- c) zeitnahe Vermittlung notwendiger Termine bei fachärztlichen Kollegen
- d) regelmäßige Prüfung, Überwachung und Implementierung der hausärztlich und fachärztlich verordneten Medikamente
- e) Beratung im Hinblick auf die individuelle Lebensführung; dazu gehört ein Hinwirken auf ein gesundheitsförderndes und krankheitsangepasstes Verhalten
- f) bei Bedarf Anbindung an krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen
- g) Information und Hinweis auf spezielle Versorgungsverträge der Krankenkasse

Bei minderjährigen Versicherten oder nicht einwilligungsfähigen Betreuten erfordert das Shared- Decision-Making die Anwesenheit und Beteiligung des gesetzlichen Vertreters.

- (2) Ist die Versicherte/der Versicherte chronisch erkrankt, so wird der Mehraufwand der Umsetzung des Modells des Shared-Decision-Making mit 22,50 Euro vergütet; dies erfolgt durch Abrechnung der GOP 90511. Die GOP 90511 ist maximal einmal im Behandlungsfall und maximal zweimal im Krankheitsfall abrechnungsfähig. Der Krankheitsfall beginnt mit dem Quartal der erstmaligen Abrechnung der Abrechnungsnummer 90511 und endet drei Abrechnungsquartale später. Mit der nächsten Abrechnung der Abrechnungsnummer 90511 beginnt dann ein neuer Krankheitsfall.

Obligatorische Leistungen des Shared-Decision-Making sind:

▪ **Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Informiertheit der Patienten:**

Einführung in die Gesprächsstruktur des Shared-Decision-Making-Modells (Informiertheit, Involviertheit, Entscheidungszufriedenheit), Abfrage des individuellen Wissenstandes und –bedarfs der Patienten in Bezug auf ihre Erkrankung, gegebenenfalls (wiederholende) erklärende Erläuterung des chronischen Krankheitsbildes, Hinweis auf Informationsmaterialien beziehungsweise -quellen der verschiedenen Therapiemöglichkeiten

▪ **Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Involviertheit der Patienten:**

Erläuterung der Entscheidungsnotwendigkeit in Bezug auf die Erkrankung und deren Therapie, systematisierte Darstellung der Therapieoptionen mit den jeweiligen Chancen und Risiken, zielgruppenspezifische Entscheidungsfindung zur Steigerung der Adhärenz, gegebenenfalls Einbindung von Bezugspersonen

▪ **Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Entscheidungszufriedenheit der Patienten:**

Einholung eines Feedbacks, Beantwortung von Rückfragen, Sicherung der gemeinsamen Therapieentscheidung, Motivierung zur Teilnahme an der Evaluation

Dies gilt bei Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung gemäß der Internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD-10-GM) mit Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten, chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß Ziffer 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben.

- (3) Die Vertragspartner prüfen, inwieweit durch geeignete Maßnahmen eine Verbesserung durch die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen erzielt werden kann.
- (4) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Regelversorgung erfolgen grundsätzlich nach Maßgabe des EBM, auf Basis gesamtvertraglicher Regelungen, bestehender Sonderverträge und des jeweils gültigen Honorarvertrags. Die Auszahlung und Finanzierung der vorgenannten Vergütungen erfolgt außerhalb der mGV.
- (5) Der Arzt rechnet die Leistungen im Rahmen seiner regulären Quartalsabrechnungen mit der KV RP über die definierten Abrechnungsnummern ab; die KV RP ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.

Anhang 2 zu Anlage 3 – Abrechnung

§ 1 Abrechnung der Vergütung

- (1) Leistungen nach diesem Modul sind nur von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten mit Sitz in Rheinland-Pfalz, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt haben, und für Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK RPS), die sich in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben haben, abrechenbar.
- (2) Die teilnehmenden Vertragsärztinnen/Vertragsärzte rechnen für ihre Leistungen nach diesem Versorgungsmodul die entsprechenden Pauschalen nach Anhang 1 zur Anlage 3 unter Angabe der jeweils entsprechenden Abrechnungsnummer quartalsweise über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) ab. Die KV RLP ist berechtigt, für die Umsetzung dieses Versorgungsmoduls auf die nach diesem Modul abgerechneten Vergütungspauschalen die jeweils gültigen Verwaltungskostensätze von den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten zu erheben.
- (3) Die Vergütungspauschalen (Abr.-Nrn. 90500 und 90511) sind nur abrechnungsfähig, wenn der besondere Betreuungsaufwand durch die Ärztin/den Arzt unter Angabe der zutreffenden Erkrankung in den Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V dokumentiert wurde.
- (4) Die KV RLP prüft auf Basis der nach § 2 beschriebenen Datenlieferung, ob die Abrechnungsnummern von einem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt (BSNR) für eine(n) bei ihm eingeschriebene(n) Versicherte(n) abgerechnet wurden. Die Abrechnung ist auch möglich, wenn die Betreuungspauschalen für die Versicherten von einer/einem am HZV-Vertrag teilnehmenden Vertretungsärztin/Vertretungsarzt auf einem Vertretungsschein abgerechnet werden.
- (5) Ergibt die Abrechnungsprüfung nach Absatz 3 beziehungsweise 4, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung der Abrechnungsnummern nicht erfüllt sind, wird die Abrechnung der Ärztin/des Arztes von der KV RLP sachlich-rechnerisch berichtigt. Sofern die Vertragsärztin/der Vertragsarzt (zum Beispiel im Rahmen der Abrechnung oder des Widerspruchsverfahrens) nachweisen kann, dass die Absetzung zu Unrecht erfolgte, wird die Leistung gegebenenfalls nachträglich von der KV RLP vergütet und der AOK RPS in Rechnung gestellt.
- (6) Die Vergütung nach diesem Versorgungsmodul wird gegenüber der/dem teilnehmenden Ärztin/Arzt im Rahmen des Honorarbescheides außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) gezahlt und darin gesondert ausgewiesen.
- (7) Die KV RLP stellt der AOK RPS die Vergütungen für Leistungen nach diesem Versorgungsmodul im Rahmen der quartalsweisen Rechnungslegung für vertragsärztliche Leistungen in Rechnung.
- (8) Die Leistungen nach diesem Versorgungsmodul werden im Formblatt 3 (Konto 408 bis in Ebene 6) ausgewiesen und von der AOK RPS außerhalb der mGV gezahlt.
- (9) Im Übrigen gelten – soweit anwendbar – insbesondere für den Zahlungsverkehr und die Rechnungslegung die zwischen der KV RLP und der AOK RPS vereinbarten Regelungen zum Gesamtvertrag analog.

Anhang 3 zu Anlage 3 – Datenfluss

Benennung der Datei

Die Datenart für die **Versichertenliste**, **Arztliste** ist angelehnt an die Vorgaben gemäß der Richtlinie Datenaustausch [4] für Datenlieferungen der Kassen benannt.

VCH51A_Q_JJJJ_VVVV.XXX

V: Fixwert Versichertenliste (Dateityp)

KE: Fixwert Kostenerstattungen (Dateityp)

51: empfangende KV (Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz)

A: Art der Lieferung (E Erstlieferung, A Austauschlieferung, G: Ergänzungslieferung)

_: Trennzeichen

Q: Dateiiinformation Quartal

_: Trennzeichen

JJJJ: Jahresangabe

_: Trennzeichen

VVVV: VKNR der liefernden Krankenkasse

.: Trennzeichen

XXX: Lieferart fix 900

Beispiel:

VCH51E_1_2010_48603.900 ist die im April für die KV-RLP generierte Liste der Versicherten der Krankenkasse mit der VKNR 48603 als Erstlieferung.

Datensatz

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-1 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.

Schnittstellendefinition „Teilnehmende Versicherte“

Feld- Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt beziehungsweise Erläuterung
00	Satzart	Muss	3	alphanum.	konstant "ACH"
01	Leistungsquartal	Muss	5	Numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung der/des Versicherten vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	Muss	<= 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse
03	Kassensitz-IK	Muss	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK)
04	eGK-Versicherten-nummer	Muss	10	alphanum.	10-stellige unveränderliche Teil (Versicherten-ID) der eGK-Kranken-versichertennummer
07	Vorname	Muss	<= 45	alphanum.	Vorname der/des teilnehmenden Versicherten
08	Nachname	Muss	<= 45	alphanum.	Nachname der/des teilnehmenden Versicherten
09	Geburtsdatum	Muss	8	Numerisch	Geburtsdatum der/des teilnehmenden Versicherten, im Format JJJJMMTT
10	Geschlecht	Muss	1	Numerisch	Geschlecht der/des teilnehmenden Versicherten 1 = männlich 2 = weiblich
11	Versicherten-status	Muss	1	Numerisch	Status der/des teilnehmenden Versicherten (erste Stelle) 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner
12	PLZ	Muss	5	alphanum.	Postleitzahl des Wohnortes der/des teilnehmenden Versicherten im Leistungsquartal, inkl. führender Nullen. Für Wohnausländer ist anstelle der Postleitzahl die Zeichenfolge „AUSLA“ zu übermitteln.
13	LANR	Muss	7	Numerisch.	Erste 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer der/des gewählten Ärztin/Arztes
14	BSNR	Muss	9	Numerisch.	Betriebsstättennummer der/des gewählten Ärztin/Arztes
15	Teilnahmebeginn	Muss	8	Numerisch	Teilnahmebeginn im Format JJJJMMTT
16	Teilnahmeende	Muss	8	Numerisch	Teilnahmeende im Format JJJJMMTT oder 00000000 für offen

Schnittstellendefinition „Teilnehmende Ärzte“

Feld-Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt beziehungsweise Erläute-rung
00	Satzart	Muss	3	alphanum.	konstant "VCH"
01	Leistungsquartal	Muss	5	Numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung der Ärztin/des Arztes vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	Muss	<= 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse
03	Kassensitz-IK	Muss	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK)
04	LANR	Muss	7	Numerisch.	Erste 7 Stellen der lebens-langen Arztnummer der/des teilnehmenden Ärztin/Arztes
05	BSNR	Muss	9	Numerisch.	Betriebsstättennummer der/des teilnehmenden Ärztin/Arztes
06	Vorname	Muss	<= 45	alphanum.	Vorname des teilnehmenden Arztes
07	Nachname	Muss	<= 45	alphanum.	Nachname der/des teilneh-menden Ärztin/Arztes
08	Teilnahmebeginn	Muss	8	Numerisch	Teilnahmebeginn im Format JJJJMMTT
09	Teilnahmeende	Muss	8	numerisch	Teilnahmeende im Format JJJJMMTT oder 00000000 für offen

Eisenberg/Koblenz/Mainz, den 06.05.2019

Deutscher Hausärzteverband,
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
– Die Gesundheitskasse


.....
Dr. Burkhard Zwerenz
Landesvorsitzender


.....
Dr. Martina Niemeyer
Vorstandsvorsitzende

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz


.....
Dr. Peter Heinz
Vorsitzender des Vorstandes