



Mainz, im April 2025

Fragebogen zu HÄPPI Projekt RLP

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, lieber Herr Kollege,

wir freuen uns sehr, dass Sie Interesse haben, gemeinsam mit Ihrem Team Pilotpraxis im Projekt „RLP wird HÄPPI“ zu werden!

Für die Praxenauswahl von **sechs Pilotpraxen in Rheinland-Pfalz** bitten wir Sie freundlicherweise darum, uns nachfolgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt, eine Weiterleitung an Dritte ist ausgeschlossen.

Die Fragebögen werden von einem Auswahlgremium aus den Reihen der Projektpartner gesichtet. Die Gewichtung der einzelnen Kriterien sowie weitere Kontextinformationen entnehmen Sie bitte den anhängenden Folien.

Im Falle von Rückfragen Ihrerseits melden Sie sich sehr gerne bei unserer Geschäftsstelle, dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband RLP in Mainz, Telefon: 06131/336 0 336 oder per Mail an info@hausarzt-rlp.de mit dem Stichwort „HÄPPI Projekt RLP“.

Die Einreichungsfrist für die Fragebögen endet am 30. April 2025.

Fragebögen, die nach diesem Datum eingereicht werden, können leider nicht mehr berücksichtigt werden. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Senden Sie die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen bitte per Mail an: info@hausarzt-rlp.de

Nach Eingang Ihrer Unterlagen erhalten Sie eine Eingangsbestätigung. Die Auswahl der teilnehmenden Praxen erfolgt bis spätestens zum 15. Mai 2025.

Sie werden von uns in jedem Fall schriftlich über das Ergebnis informiert.

An dieser Stelle jetzt schon einmal ***unser herzlichstes Dankeschön für Ihre Bereitschaft, Pilotpraxis in diesem innovativen Projekt werden zu wollen!!***

Herzliche Grüße,
Ihr HÄPPI Projektteam

Dr. Barbara Römer (1. Vorsitzende), Dr. Heidi Weber (2. Vorsitzende),
Dr. Julia Hoppe (Forum Hausärztinnen), Dr. Klaus Korte (Schatzmeister),
Dr. Ulf Niwa (Fortbildungsbeauftragter), Dr. Jonas Fröhlich (AG Digitales),
Christoph Rohde (Geschäftsstellenleiter HÄV RLP)

Fragebogen zu HÄPPI Projekt RLP – Auswahlkriterien für die Pilotpraxen

1. Handelt es sich bei Ihrer Praxis um eine von mindestens einer Hausärztin/einem Hausarzt **inhabergeführten Praxis** (Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft, BAG oder MVZ) oder kommunalgetragene Praxis unter ärztlicher Leitung?

Ja, Praxisform:

Nein

2. Liegt der **Hauptsitz Ihrer Praxis in RLP**?

Ja, Standort:

Nein, Standort:

3. Sind Sie **Fachärztin/Facharzt für...**?

Allgemeinmedizin

Innere Medizin

Innere- und Allgemeinmedizin

Sonstige Facharzttrichtung (KEINE Zusatzbezeichnung):

4. Ist Ihre Praxis über Sie oder eine/einen Ihrer ärztlichen Praxispartner in die **Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V** eingeschrieben und **nehmen** in der Praxis **Patient*innen an mindestens einem HZV-Vertrag** teil?

Teilnahmen an add on Verträge nach §140a SGB V werden nicht berücksichtigt.

Ja

Nein

5. Haben Sie eine/einen **PCM/PA oder anderen akademisierten Gesundheitsfachberuf in Ihrer Praxis** mit mindestens 19 Stunden pro Woche angestellt? Es werden auch Praxen berücksichtigt mit Mitarbeitenden, die sich aktuell noch **in der beruflichen Weiterbildung** zur PCM/PA oder anderen Gesundheitsfachberuf befinden.

Ja, Studium abschlossen mit Qualifikation

PCM PA

Sonstiger akademisierter Gesundheitsberuf

Bitte Kopie des Studienabschlusses beifügen.

Ja, Studium laufend mit Qualifikation

PCM PA

Sonstiger akademisierter Gesundheitsberuf

Bitte Kopie des Studiennachweises beifügen.

Ja, entsprechende Qualifikation vorhanden, aber Wochenstundenzahl <19 Stunden pro Woche. Bitte Angabe der Wochenstundenzahl gemäß Arbeitsvertrag:

Nein, kein/e PCM / PA / Sonst. Gesundheitsfachberuf mit abgeschlossenem oder laufendem Studium in der Praxis angestellt

Nein, kein/e PCM / PA / Sonst. Gesundheitsfachberuf mit abgeschlossenem oder laufendem Studium in der Praxis angestellt, aber Einstellung noch für 2025 geplant

6. Welche Strukturkriterien erfüllt Ihre Praxis?

- Mindestens 800 Patient*innen im Durchschnitt pro Quartal (EBM, HZV, GOÄ)
- Regelmäßige Hausbesuche
- Betreuung von Bewohner*innen in Seniorenheimen
- Qualifikation und technische Voraussetzung für Ultraschalldiagnostik
- Durchführung von kleiner Chirurgie und Wundversorgung
- Angebot einer Videosprechstunde
- Online-Terminierung
- Messenger-Dienst
- sonstige digitale Angebote:

7. Teilnahme an der Integrierten Versorgung Pflegeheim nach § 140a SGB V (sog. „Heimvertrag“ mit EBM-Zuschlägen z.B. für Mitbesuche)

- Ja Nein

8. Regelmäßiger Austausch mit mindestens einer Apotheke und/oder einem ambulanten Pflegedienst und/oder einem Pflegestützpunkt im Einzugsgebiet der Praxis?

- Ja Nein

9. Vermittlung notwendiger gebietsfachärztlicher Behandlungskontakte nach individuellem Bedarf der Patient*innen (sog. „Hausarztvermittlungsfall“)

- Ja Nein

10. Ich erkläre mich bereit zur Motivation von Patientinnen und Patienten, während der Pilotphase für Umfragen zur Akzeptanz sog. HÄPPI Praxisstrukturen zur Verfügung zu stehen (sog. PROs = patient reported outcomes). Diese patientenseitigen Umfragen sind Bestandteil der Evaluation.

- Ja Nein

11. Ich erkläre mich bereit, während der Pilotphase vom 1.7.2025-31.12.2025 an 2 Online-Feedbacktreffen und 2 Reflexionsworkshops sowie einer Kick-off Veranstaltung vor Beginn der Projektphase in Präsenz am **27.6.2025** in Mainz teilzunehmen. Teilnehmer aus der Praxis sind Praxisinhaber*in, Mitarbeiter*in mit akademisiertem Gesundheitsberuf sowie wünschenswerterweise eine weitere Fachkraft aus der Praxis. *Es erfolgt bei Präsenzveranstaltungen eine Reisekostenentschädigung.*

- Ja Nein

12. Sind Sie bereit, während der Pilotphase vom 1.7.-31.12.2025 einen chatbot-basierten Telefonassistenten einzusetzen? *Es erfolgt eine finanzielle Förderung.*

- Ja Nein eventuell. Ich habe noch Fragen.

Datum, Signatur bzw. Praxisadresse mit BSNR: