

Anlage 7 - Indikationsbezogene Leistungen und Module

Modul 7.6 Versorgungsmodul „Chroniker“

Anhang 1 - 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 15,00 € einmalig je Versichertem vergütet wird (GOP 92190).
- (2) Der besondere Aufwand bei der Einschreibung eines Patienten in die hausarztzentrierte Versorgung im Rahmen dieses Moduls umfasst insbesondere die
 - Identifizierung der Versicherten mit besonderer Betreuungsintensität in der hausärztlichen Versorgung auf Grund chronischer / schwerwiegender / lebensverändernder Erkrankung(en)
 - Information und Beratung des Versicherten über die Ziele und Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung
 - Information des 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 den HÄV RLP bzw. die nach § 3 Abs. 3 benannte Stelle (§ 7 Abs. 4 Buchstabe c).

§ 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 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, ggf. (wiederholende) erklärende Erläuterung des chronischen Krankheitsbildes, Hinweis auf Informationsmaterialien bzw. -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, ggf. 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 Vorsorgeleistungen 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 RLP über die definierten Abrechnungsnummern ab; die KV RLP ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.