

Fragen und Antworten (FAQs)

"Hausarztzentrierte Versorgung" (HZV) bei der AOK Baden-Württemberg

Stand 16.04.2009

Inhalt	Seite
1. Vertragspartner, Eckdaten und Zielsetzungen	5
Was ist das Ziel der HZV nach § 73 b SGB V?	5
Wer sind die Vertragspartner der HZV?	5
Was sind die gemeinsamen Zielsetzungen der Vertragspartner?.....	5
Was verspricht sich die AOK Baden-Württemberg von der HZV?	5
Wie viele Mitglieder haben der Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg?	6
Ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg an der HZV beteiligt?	6
Welche Laufzeit hat der HZV-Vertrag?.....	6
Wer kann an der HZV teilnehmen?	6
Ist die Anzahl der am Vertrag teilnehmenden Hausärzte begrenzt?	6
2. Teilnahmevoraussetzungen und Nutzen für Ärzte	7
Welchen Nutzen hat der Arzt von der HZV?	7
Welche Voraussetzungen muss der Arzt bei Beginn der Teilnahme erfüllen?	7
Was muss der Arzt im Laufe der HZV-Teilnahme noch erfüllen?	7
Ab wann beginnt eine HZV-Teilnahme für den Arzt?.....	8
Kann der Hausarzt an mehreren Verträgen gleichzeitig teilnehmen?	8
Ist die Teilnahme an der HZV verpflichtend?	8
Wie funktioniert die Einschreibung des Arztes konkret?	8
Gibt es auch Online-Vertragsschulungen?	8
Besteht ein Zusammenhang zwischen HZV und Systemausstieg?	8

Ist eine Vertragsteilnahme auch in Praxen ohne medizinische Fachangestellte möglich?.....	9
3. Patientenfragen.....	9
Welchen Nutzen hat die HZV für den Versicherten?	9
Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?	9
Können Kinder und Jugendliche teilnehmen?	9
Wo kann sich der Patient in das AOK-HausarztProgramm einschreiben?.....	10
Ab wann beginnt eine Teilnahme am AOK-HausarztProgramm für einen Versicherten?	10
Entstehen dem Versicherten zusätzliche Kosten durch die Teilnahme?.....	10
Sind für Patienten, die nicht teilnehmen wollen, Einschränkungen zu befürchten?	10
Wird die freie Arztwahl des Patienten behindert?.....	10
Hat ein HZV-Patient mit der Regelversorgung der KV nichts mehr zu tun?.....	11
Werden Patienten, die einen anderen Hausarzt als ihren HZV-Hausarzt konsultieren, bei diesem als Privatpatient behandelt?	11
Was passiert, wenn ein HZV-Versicherter aus Baden-Württemberg einen Arzt in einem anderen Bundesland aufsucht?	11
Was passiert, wenn ein Patient nicht seinen gewählten Hausarzt bzw. einen Facharzt ohne Überweisung aufsucht?	11
4. Vergütungssystem.....	12
Wie sieht die Vergütungssystematik für die Ärzte in der HZV aus?	12
Welche Pauschalen werden wie honoriert?	12
Was beinhalten die Zuschläge?	12
Verdient der Hausarzt in der HZV mehr als im bisherigen System?	13
Welche Qualitätsanreize gehen vom Vertrag aus?	13
Wie ist die Vertretung geregelt?	13
Wodurch wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV ausgelöst?	13
Entsteht bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis ein Vertretungsfall?.....	14
Welcher ärztliche Vertreter kann während der Urlaubszeit benannt werden?.....	14
Warum sind Vertretungen lediglich mit 12,50 EUR vergütet?.....	14
Setzt die Auszahlung der Pauschale P2 den Einzug der Praxisgebühr voraus?	14
Bleibt die bereits bestehende Befreiung von der Praxisgebühr für Patienten, die in DMP eingeschrieben sind, erhalten?	14
Können Kinder, wenn die ganze Familie beim Hausarzt eingeschrieben ist, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt?.....	14
Ist eine Überweisung an hausärztlich tätige Kinderärzte (oder auch Kinderärzte mit Spezialisierung) möglich?	15
Für welche Leistungen können Überweisungen für HZV-Patienten veranlasst werden?	15

Was ändert sich bei den Überweisungen für eingeschriebene AOK-Patienten?.....	15
Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und ggf. abgerechnet?	15
Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonographie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen?	16
Werden Chirotherapie und das Belastungs-EKG extra vergütet?.....	16
Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?	16
Wie werden Langzeitmessungen (Blutdruck, EKG) abgerechnet?	16
Wie werden Ultraschall-Untersuchungen abgerechnet?.....	16
Sind alle Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen und Kindervorsorgen im Pauschalbetrag enthalten?.....	17
Was kann beim Labor abgerechnet werden?	17
Wie werden Leistungen, die nicht obligatorisch Bestandteil der Pauschalen sind, vergütet?	17
Können spezielle Leistungen (z. B. Erbringung von CW-Doppler der Halsgefäße) weiter erbracht und abgerechnet werden?	17
Ein Arzt in einer Gemeinschaftspraxis hat die Sonderzulassung Psychotherapie. Wie ist damit zu verfahren?	17
Wie wird der Psychosomatik-Zuschlag in einer Gemeinschaftspraxis berechnet?	18
Was wird aus der Substitutionstherapie?	18
Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV sind?	18
Wie hoch ist die Check-Up-Quote, wie sind durchgeführte Check-Ups zu dokumentieren?	18
Wie hoch ist die Impfquote und wie sind durchgeführte Impfungen zu dokumentieren?	18
Wie sind Impfungen innerhalb der HZV zu dokumentieren?.....	18
Wie erfolgt die Abrechnung der Impfungen?	19
Wie erfolgt bei den ergebnisorientierten Zuschlägen für Impfungen und Check-Ups die Quantifizierung?.....	19
Ist eine Abrechnung der DMPs für HZV-Patienten innerhalb der HZV möglich?	19
Wie werden DMP-Schulungen abgerechnet?.....	19
Gibt es eine feste Quote für die Einschreibung von Patienten in DMPs?	19
Kann der Arzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen?.....	20
Gibt es für Gemeinschaftspraxen mit zwei Ärzten wie bei der KV-Abrechnung einen Budget-Aufschlag von 10 Prozent als Ausgleich für Überschneidungen der Behandlung?.....	20
Wie werden Hausbesuche verrechnet?.....	20
Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“?	20
Warum wurde die Vergütungssystematik nicht nach Altersklassen gestaffelt?.....	20
Ist bei im Einzelfall aktuell höherem Fallwert zu befürchten, dass Selektion betrieben wird (z.B. dass allein Chroniker in die HZV eingeschrieben werden)?	20

Werden die Fallzahlzuwachsbeschränkungen von der KV und den darauf aufbauenden Vorhaltezuschlägen angepasst?	21
Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag?	21
5. Abrechnung und Finanzierung	21
Wie wird der Vertrag finanziert?	21
Wie erfolgt die Bereinigung?	21
Ist die Bereinigung nicht ein Nullsummenspiel?	22
Welche Institution übernimmt die Abrechnung für die HZV?	22
Was ändert sich bei der Abrechnung über die HÄVG?.....	22
Ist die Höhe der Verwaltungskostenpauschale abhängig von der Mitgliedschaft beim Hausärzterverband oder bei MEDI?	22
Welche Software ist für den Vertrag erforderlich?	22
Wie sieht der Datenfluss konkret aus?	23
Wird es einen „gläsernen Arzt“ geben, wenn die Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung und Dokumentation umgesetzt wird?	23
Wie wird der ärztliche Notdienst im Rahmen der HZV sichergestellt?	23
Wann ist für eingeschriebene Patienten die Praxisgebühr zu erheben?	23
Was bedeutet „Zielauftrag HZV“?.....	24
6. Qualitätssicherung und sonstige Fragen.....	24
Wie wird die Qualität des Vertrages gesichert?	24
Wie trägt der HZV-Vertrag zu einer besseren medizinischen Versorgung bei?	24
Ist in den Qualitätszirkeln auch das Thema Gesprächsführung vorgesehen?	24
Wie wirkt sich die HZV für den Hausarztberuf aus?	24
Wie wird der Vertrag evaluiert?	25
Welche Auswirkungen hat der Gesundheitsfonds auf den Vertrag in Baden-Württemberg?	25
Wie ist die Therapiefreiheit der Hausärzte geregelt?.....	25
Gibt es eine Weiterentwicklung des Vertrages im Bezug auf die psychosoziale Kompetenz der Hausärzte?	25
Wird der HZV-Vertrag das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten verschlechtern?.....	25
Warum können die Pädiater an der HZV teilnehmen und bekommen keinen eigenen Facharztvertrag?.....	26
Wie verhält es sich beim elektronischen AOK-Patientenpass mit dem Datenschutz?	26
Welche Voraussetzungen muss eine Arzthelferin erfüllen, um an der Fortbildung „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH“ teilnehmen zu können?	26
Sind die Einkünfte aus dem HZV-Vertrag umsatzsteuerpflichtig?.....	26

1. Vertragspartner, Eckdaten und Zielsetzungen

Was ist das Ziel der HZV nach § 73 b SGB V?

Das Ziel ist die effektive und effiziente Betreuung der Patienten durch die zentrale Koordinierungs- und Steuerungsfunktion des Hausarztes. Neben dem optimalen Versorgungsmanagement bilden Früherkennung und Prävention Schwerpunkte der HZV.

[Zurück](#)

Wer sind die Vertragspartner der HZV?

Der HZV-Vertrag wird geschlossen zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG), der MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH und den teilnehmenden Hausärzten. Die HZV-Partner werden berufspolitisch unterstützt durch den Hausärzterverband Baden-Württemberg e. V. sowie durch MEDI Baden-Württemberg e. V.

[Zurück](#)

Was sind die gemeinsamen Zielsetzungen der Vertragspartner?

Die Vertragspartner verfolgen vier Oberziele, für deren Erreichung der Vertrag die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen hat:

1. Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung für eingeschriebene AOK-Patienten
2. Schaffung einer attraktiven und einfachen Vergütungsstruktur für die teilnehmenden Hausärzte
3. Abbau von Bürokratie und
4. Förderung der Kommunikation

[Zurück](#)

Was verspricht sich die AOK Baden-Württemberg von der HZV?

Die AOK Baden-Württemberg will die hausärztliche Versorgung zusammen mit den Vertragspartnern weiterentwickeln. Damit kommt die AOK den Anforderungen des Gesetzgebers im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) nach. Die AOK will die Versorgung durch den Hausarzt auf eine neue Qualitätsebene heben und dessen Lotsenfunktion ausbauen. Durch das Vermeiden von Über-, Fehl- oder Unterversorgung soll die Behandlungsqualität gesteigert und es sollen unnötige Kosten vermieden werden. Die AOK schafft für die teilnehmenden Hausärzte eine attraktive und einfache Vergütungsstruktur und verspricht sich eine bessere Ergebnisqualität, höhere Zufriedenheit von Patienten und Ärzten sowie wirtschaftlich und medizinisch effizientere Handlungsweisen.

[Zurück](#)

Wie viele Mitglieder haben der Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg?

Der Hausärzteverband Baden-Württemberg hat über 4.000 Hausärzte, MEDI über 6.500 Haus- und Fachärzte als Mitglieder.

[Zurück](#)

Ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg an der HZV beteiligt?

Die KV Baden-Württemberg ist kein Vertragspartner in der HZV. Der Notfalldienst wird jedoch auch weiterhin für eingeschriebene AOK-Versicherte über die KV organisiert. In Notfällen können die Versicherten somit alle Ärzte aufsuchen, unabhängig davon, ob diese an der HZV teilnehmen oder nicht. Hierzu ist mit der KV eine Regelung vereinbart. Das gilt auch für Behandlungsfälle im Urlaub bzw. an einem anderen Ort außerhalb Baden-Württembergs. Des Weiteren gibt es mit der KV auch weiterhin viele Schnittmengen bei der Versorgung der Versicherten, z.B. bei den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) oder der fachärztlichen Versorgung.

[Zurück](#)

Welche Laufzeit hat der HZV-Vertrag?

Die Laufzeit des Vertrags ist unbefristet. Es ist eine Mindestlaufzeit von fünf Jahren vereinbart. Die Vertragspartner gewinnen durch die lange Laufzeit eine hohe Planungssicherheit, ohne dass sich der einzelne Arzt für die gesamte Zeitspanne unmittelbar an die HZV bindet. Hierzu gibt es für den Arzt eigenständige Kündigungsfristen.

[Zurück](#)

Wer kann an der HZV teilnehmen?

Die Teilnahme am Vertrag können Hausärzte nach § 73 Abs. 1 a SGB V (d. h. auch Kinder- und Jugendärzte) mit Vertragsarztsitz und Kassenzulassung in Baden-Württemberg beantragen sowie alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Wohnsitz in Deutschland, die sich bei ihrem gewählten HZV-Hausarzt in das AOK-HausarztProgramm einschreiben.

[Zurück](#)

Ist die Anzahl der am Vertrag teilnehmenden Hausärzte begrenzt?

Die HZV steht allen Hausärzten mit Zulassung und Vertragsarztsitz in Baden-Württemberg offen, die die vertraglichen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Es gibt keine Mengenbegrenzung.

[Zurück](#)

2. Teilnahmevoraussetzungen und Nutzen für Ärzte

Welchen Nutzen hat der Arzt von der HZV?

Die wesentlichen Vorteile für den teilnehmenden Hausarzt sind:

1. Der Hausarzt erhält eine deutlich attraktivere, transparentere und planungssichere Honorierung, weil sie auf Euro-Basis und nicht auf Punktwerten beruht, und keine Fallzahl-zuwachsbegrenzung vorgesehen ist.
2. Der Vertrag erleichtert die Abrechnungs- und Dokumentationsprozesse und bringt eindeutige Zeitersparnisse. Dies entlastet den Arzt und kommt dem Patienten zugute.
3. Der Vertrag stärkt nachhaltig die Rolle des Hausarztes. Er wird nicht nur in seiner Funktion als umfassender Gesundheitslotse, sondern insbesondere als erster Ansprechpartner für eine Vielzahl von Patientenproblemen anerkannt.

Zurück

Welche Voraussetzungen muss der Arzt bei Beginn der Teilnahme erfüllen?

Im Wesentlichen sind es fünf Bereiche, die abgedeckt sein müssen:

- a) eine apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung)
- b) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software für Abrechnung, Dokumentation, Verordnung und Steuerung sowie eine online-fähige EDV (alle Ärzte, die ab 16.01.2009 dem Vertrag beitreten, benötigen zur Datenübertragung an das HÄVG Rechenzentrum einen Konnektor)
- c) vertragskonforme Teilnahme an DMP
- d) Absolvieren einer Vertragsschulung (E-Learning oder Präsenzveranstaltung)
- e) Ausstattung mit einem zertifizierten Arztinformationssystem (PVS) und einem Faxgerät

Zurück

Was muss der Arzt im Laufe der HZV-Teilnahme noch erfüllen?

Der Arzt muss an strukturierten Qualitätszirkeln, insbesondere zur Arzneimitteltherapie, teilnehmen und Fortbildungen zu hausarzttypischen Versorgungsfeldern (z.B. Palliativmedizin, Geriatrie, allgemeine Schmerztherapie, patientenzentrierte Gesprächsführung, Pädiatrie) absolvieren. Er muss seine Behandlungen an hausärztlichen Leitlinien ausrichten und ein Qualitätsmanagementsystem in der Praxis einführen. Er hat werktäglich Sprechstunden anzubieten sowie mindestens eine wöchentliche Abendsprechstunde (Terminsprechstunde) bis mindestens 20 Uhr für berufstätige HZV-Patienten. Die Qualifikationen in den Bereichen Psychosomatik müssen bis zum 31. Dezember 2011 und Verordnungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bis zum 31. Dezember 2009 (gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte) nachgewiesen werden. Zudem erklärt er mit dem Vertrag seine Bereitschaft zur aktiven Teilnahme an den DMPs und zum Befüllen eines elektronischen AOK-Patientenpasses, sofern der Patient ihn ausdrücklich autorisiert.

Zurück

Ab wann beginnt eine HZV-Teilnahme für den Arzt?

Bei Erfüllung aller Teilnahmevoraussetzungen erhält der Hausarzt von der Managementgesellschaft (HÄVG) eine schriftliche Teilnahmebestätigung per Fax, anschließend ein „HZV-Starterpaket“ mit Teilnahmeunterlagen für den Versicherten. Der Teilnahmebeginn eines HZV-Hausarztes ist – anders als bei HZV-Versicherten – nicht an den Beginn eines Quartals geknüpft.

Zurück

Kann der Hausarzt an mehreren Verträgen gleichzeitig teilnehmen?

Ja. Die gleichzeitige Teilnahme z. B. an IV-Verträgen ist möglich. Auch bleibt der Arzt im bisherigen System der KV.

Zurück

Ist die Teilnahme an der HZV verpflichtend?

Nein. Die Teilnahme an der HZV ist für den Arzt und den Versicherten freiwillig.

Zurück

Wie funktioniert die Einschreibung des Arztes konkret?

Der Vertragstext und alle Anlagen sind auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht. Es sind zusätzlich „Infopakete“ mit den Vertragsunterlagen an die Hausärzte versendet worden. Sobald der Hausarzt seine Teilnahme an der HZV mittels Teilnahmeerklärung beantragt hat, erhält er bei Erfüllung aller Teilnahmevoraussetzungen von der Managementgesellschaft (HÄVG) eine schriftliche Teilnahmebestätigung per Fax, anschließend ein „Starterpaket“ mit Teilnahmeunterlagen für die Versicherten. Der Teilnahmebeginn eines HZV-Hausarztes – anders als bei HZV-Versicherten – ist nicht an den Beginn eines Quartals geknüpft.

Zurück

Gibt es auch Online-Vertragsschulungen?

Ja. Die Vertragspartner bieten unter www.HZV-schulung.de eine Online-Schulung an.

Zurück

Besteht ein Zusammenhang zwischen HZV und Systemausstieg?

Nein.

Zurück

Ist eine Vertragsteilnahme auch in Praxen ohne medizinische Fachangestellte möglich?

Ja. Selbstverständlich ist auch hier eine Vertragsteilnahme möglich. Die im Vertrag genannte obligate HZV-Schulung der medizinischen Fachangestellten entfällt dann.

[Zurück](#)

3. Patientenfragen

Welchen Nutzen hat die HZV für den Versicherten?

Der Patient hat unter den besonders qualifizierten HZV-Hausärzten freie Arztwahl und erhält einen kompetenten Gesundheitslotsen, dessen Behandlung qualitätsgesichert ist und dem aktuellen medizinischen Stand entspricht. Dem HZV-Versicherten werden zusätzliche Serviceleistungen wie z. B. tägliche Akutsprechstunden (Mo.-Fr.) und mindestens eine Abendsprechstunde (Terminsprechstunde) pro Woche bis 20 Uhr für Berufstätige garantiert. Durch den geringeren Verwaltungsaufwand des Arztes entstehen Zeitreserven, die dem Patienten direkt zugute kommen und eine höhere Zufriedenheit auf beiden Seiten mit sich bringen. Zusätzlich hat der HZV-Versicherte ab 35 Jahren einen jährlichen Anspruch auf eine erweiterte Gesundheitsuntersuchung (Leberwert, Eisen, HDL, LDL). Außerdem können HZV-Versicherte zukünftig im Rahmen einer freiwilligen Teilnahme an einem Forschungsvorhaben einen elektronischen AOK-Patientenpass erhalten. Die Datenhoheit liegt dabei ausschließlich beim Patienten. Die HZV-Versicherten werden zu gegebener Zeit gesondert informiert.

[Zurück](#)

Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?

Teilnahmebedingungen für die Patienten an der HZV sind der Wohnsitz in Deutschland und eine gültige Mitgliedschaft bei der AOK Baden-Württemberg. Mit der Teilnahme erklärt der Versicherte eine Bindung von mindestens 12 Monaten an den gewählten HZV-Hausarzt. Während dieser Zeit dürfen Fachärzte nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden (Ausnahme: Gynäkologen und Augenärzte sowie Notfälle). Arztwechsel sind nur aus wichtigem Grund vor Ablauf der 12 Monate zulässig (z. B. Umzug, nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis).

[Zurück](#)

Können Kinder und Jugendliche teilnehmen?

Kinder und Jugendliche können ebenso wie Erwachsene am AOK-Hausarztprogramm teilnehmen. Das Kind oder der Jugendliche bzw. dessen Erziehungsberechtigte wählen einen Arzt aus, der ihre Versorgung koordiniert.

[Zurück](#)

Wo kann sich der Patient in das AOK-HausarztProgramm einschreiben?

Versicherte schreiben sich in der Praxis ihres gewählten Hausarztes in die HZV ein. Auf dem Teilnahmeformular unterschreiben sowohl der Arzt als auch der Versicherte. Das Formular wird der AOK zugeschickt. Der Versicherte erhält vom Arzt einen Durchschlag.

[Zurück](#)

Ab wann beginnt eine Teilnahme am AOK-HausarztProgramm für einen Versicherten?

Die Teilnahme für einen Versicherten beginnt in der Regel im Folgequartal der erfolgreichen Teilnahmeprüfung. Der Versicherte erhält von der AOK Baden-Württemberg ein Begrüßungsschreiben, in dem auch der Teilnahmebeginn aufgeführt ist.

[Zurück](#)

Entstehen dem Versicherten zusätzliche Kosten durch die Teilnahme?

Für den Versicherten entstehen durch die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm keine Kosten.

[Zurück](#)

Sind für Patienten, die nicht teilnehmen wollen, Einschränkungen zu befürchten?

Die Versorgung von Versicherten, die nicht teilnehmen wollen, erfolgt weiterhin im Rahmen der bestehenden Regelversorgung. Der Arzt rechnet die entsprechenden Leistungen über die KV ab.

[Zurück](#)

Wird die freie Arztwahl des Patienten behindert?

Der Versicherte kann sich seinen HZV-Hausarzt frei auswählen, ist dann aber für mindestens ein Jahr an ihn gebunden. Der gewählte Hausarzt kann danach nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (z. B. Umzug des Arztes oder des Versicherten). Nach frühestens 12 Monaten hat der Versicherte die Möglichkeit zur Vertragskündigung oder zum Wechsel seines HZV-Arztes. Die Wahl des Facharztes ist dem Versicherten nach Überweisung durch seinen Hausarzt freigestellt.

[Zurück](#)

Hat ein HZV-Patient mit der Regelversorgung der KV nichts mehr zu tun?

Der fachärztliche Bereich wird weiterhin über die KV organisiert. Gleiches gilt für den Notfalldienst und für die Inanspruchnahme von Ärzten außerhalb Baden-Württembergs.

Zurück

Werden Patienten, die einen anderen Hausarzt als ihren HZV-Hausarzt konsultieren, bei diesem als Privatpatient behandelt?

Nein. Die HZV ist Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und somit der Sachleistungsversorgung. Bei nicht vertragsgemäßer Inanspruchnahme eines anderen Hausarztes außerhalb der HZV übermittelt die KV eine Aufstellung der Leistungen an die AOK. Handelt es sich bei dem anderen Hausarzt ebenfalls um einen HZV-Arzt, wird dies innerhalb der HZV als Behandlung durch einen Vertretungsarzt gewertet. Dieser HZV-Arzt kann dann die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV abrechnen – eine Abrechnung über die KV ist nicht möglich.

Zurück

Was passiert, wenn ein HZV-Versicherter aus Baden-Württemberg einen Arzt in einem anderen Bundesland aufsucht?

Hier gelten die bisherigen Regelungen weiter. Die Krankenkarte der HZV-Versicherten bleibt eine gültige Chipkarte im System der gesetzlichen Krankenversicherung und damit für den verbleibenden Teil der Regelversorgung nach den Bestimmungen des SGB V und der darauf beruhenden Bundesmantel- und Gesamtverträge. „Bereichsfremde“ Leistungen – also Leistungen außerhalb von Baden-Württemberg – werden bei der Bereinigung der Gesamtvergütung gegenüber der KV nicht berücksichtigt.

Zurück

Was passiert, wenn ein Patient nicht seinen gewählten Hausarzt bzw. einen Facharzt ohne Überweisung aufsucht?

Der Vertrag erlaubt es dem HZV-Versicherten, Gynäkologen und Augenärzte direkt, d. h. auch ohne Überweisung, aufzusuchen. Wenn der Versicherte durch einen Facharztbesuch ohne Überweisung gegen vertragliche Bestimmungen vorsätzlich verstößt, kann bei wiederholten Verstößen der Ausschluss aus dem AOK-Hausarztprogramm erfolgen. Regelungen für Vertretungsfälle, z. B. Urlaub des Arztes, sind zwischen den Vertragspartnern so festgesetzt, dass den Versicherten keine Nachteile entstehen (z. B. bei der Praxisgebühr).

Zurück

4. Vergütungssystem

Wie sieht die Vergütungssystematik für die Ärzte in der HZV aus?

Dem teilnehmenden Hausarzt eröffnet sich eine neue Struktur, die aus 4 wesentlichen Vergütungsbausteinen pro eingeschriebenem Versicherten besteht. Der Arzt erhält Honorar für das Erbringen hausärztlicher Versorgungsleistungen in einem vertraglich vereinbarten Rahmen. Für diese Leistungen sind a) Pauschalen, b) Vorhaltezuschläge, c) Einzelleistungen, d) ergebnisabhängige Zusatzvergütungen vereinbart, welche einerseits die Koordinations-, Qualitäts- und Dokumentationsleistungen, andererseits die konkreten Interventionen am Patienten honorieren.

Pauschale 1 (P1) (Kontaktunabhängig pro Jahr)	Pauschale 2 (P2) (Kontaktabhängig pro Quartal)
Pauschale 3 (P3) (Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten)	Vorhaltezuschläge, Einzelleistungen, ergebnisabhängige Zusatzvergütung

[Zurück](#)

Welche Pauschalen werden wie honoriert?

Die kontaktunabhängige Jahrespauschale pro eingeschriebenem Versicherten (P1) wird mit 65 EUR pro Jahr vergütet. Die kontaktabhängige Quartalspauschale (P2) beinhaltet 40 EUR pro Quartal, wobei die erste P2 mit P1 verrechnet wird. Das heißt, für einen Versicherten, der in allen 4 Quartalen den Hausarzt aufsucht, werden ohne weitere Zuschläge 65 + 40 + 40 + 40 EUR pro Jahr vergütet. Der Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten (P3) beträgt 25 EUR pro Quartal. Zu diesen Vergütungseinheiten kann im Vertretungsfall noch eine Vertretungspauschale von 12,50 EUR im Quartal hinzukommen.

[Zurück](#)

Was beinhalten die Zuschläge?

Es gibt ergebnisabhängige Zuschläge nach Erreichen einer Zielerreichungsquote für Arzneimittelverordnungen, Grippeimpfungen und Check-Ups¹. Daneben gibt es Vorhalte- und Qualifikationszuschläge für Sonographie, Kleine Chirurgie und Psychosomatik. Auch für VERAH²-Fachpersonal in der Praxis ist ein Zuschlag vorgesehen. Einzelleistungen wie Besuche zu Unzeiten, Krebsvorsorgeuntersuchungen und DMPs werden zusätzlich vergütet.

[Zurück](#)

¹ Für Kinder- und Jugendärzte gelten abweichende Regelungen gemäß Anlage 12.

² VERAH steht für die Weiterbildung „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“. Sie besteht aus einem 160-stündigen Curriculum. Inhalte sind u. a. Case-, Präventions- und Gesundheitsmanagement sowie Notfall- und Wundmanagement. Ein 40-stündiges Praktikum schließt die Qualifikation ab.

Verdient der Hausarzt in der HZV mehr als im bisherigen System?

Mit den im Vertrag vorgesehenen Behandlungspauschalen, Qualifikationszuschlägen und ergebnisabhängigen Vergütungsbestandteilen, etwa für das Erreichen einer bestimmten Impfquote oder Check-Up-Quote, können die teilnehmenden Ärzte einen durchschnittlichen Behandlungsfallwert von rund 80 EUR pro Patient im Quartal erreichen. Gegenüber den heute in Baden-Württemberg üblichen Werten von ca. 50 EUR ist das eine deutliche Steigerung. Dafür übernehmen die Ärzte die Verantwortung für eine gleichermaßen qualitätsvolle wie wirtschaftliche Versorgung.

[Zurück](#)

Welche Qualitätsanreize gehen vom Vertrag aus?

In Zusammenarbeit mit den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin der Universitäten in Baden-Württemberg, der DEGAM als Fachgesellschaft und den Berufsverbänden wurde eine Fortbildungskommission Allgemeinmedizin errichtet, welche die inhaltlich formalen Vorgaben entsprechend § 73 b SGB V konkretisieren soll. Darüber hinaus ist das AQUA-Institut mit der Durchführung der Qualitätszirkel zur rationalen Pharmakotherapie beauftragt. Zudem beinhaltet der Vertrag finanzielle Qualitätsanreize (Impfungen, Check-Ups, Arzneimittelverordnungen) über Zielerreichungsquoten.

[Zurück](#)

Wie ist die Vertretung geregelt?

Grundsätzlich kann jeder HZV-Hausarzt jeden anderen HZV-Hausarzt vertreten. Die HZV-Versicherten werden durch ihren HZV-Arzt über die Vertretungsmodalitäten informiert. Vertritt ein HZV-Hausarzt seinen Kollegen, so bekommt der Vertreter die vertragliche Vertreterpauschale von 12,50 € je Quartal. Bis 30.06.2009 gilt eine Übergangsregelung: Bis zu diesem Datum können auch Hausärzte, die nicht an der HZV teilnehmen, von HZV-Versicherten im Vertretungsfall aufgesucht werden. Diese nicht an der HZV teilnehmenden Ärzte können die erbrachten Leistungen für die HZV-Patienten im Vertreterfall dann über die KV abrechnen. Benennt ein HZV-Arzt einen nicht an der HZV teilnehmenden Arzt, so hat der HZV-Arzt dies formlos an die HÄVG zu melden.

[Zurück](#)

Wodurch wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV ausgelöst?

Die Vertreterpauschale wird fällig, sobald ein HZV-Arzt, der nicht der gewählte HZV-Hausarzt ist, die Behandlung des Versicherten durchführt und keine Überweisung bzw. kein Zielauftrag HZV vorliegt. Der Vertreter hat sich vor Erbringung der Leistung zu vergewissern, dass es sich tatsächlich um einen Vertretungsfall handelt. Zur Unterstützung erhält er durch die Vertragssoftware einen Hinweis, ob der Versicherte an der HZV teilnimmt. Die Vertreterpauschale kann innerhalb von BAGs und MVZs nicht abgerechnet werden.

[Zurück](#)

Entsteht bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis ein Vertretungsfall?

Innerhalb einer Gemeinschaftspraxis (auch fachübergreifend) entsteht kein Vertretungsfall. Das Honorar (P2) für die Behandlung des Patienten erhält der gewählte HZV-Arzt. Die Verrechnung haben die Praxispartner eigenständig vorzunehmen.

[Zurück](#)

Welcher ärztliche Vertreter kann während der Urlaubszeit benannt werden?

Die Vertretungsregelung ähnelt der derzeit geltenden KV-Regelung. Voraussetzung ist allerdings, dass der vertretende Hausarzt an der HZV teilnimmt. Im Vertretungsfall erhält dieser einmal pro Abrechnungsquartal eine Vertretungspauschale in Höhe von 12,50 EUR. Bis 30.06.2009 gilt eine Übergangsregelung. Bis zu diesem Datum können auch Ärzte, die nicht an der HZV teilnehmen, von HZV-Versicherten im Vertretungsfall aufgesucht werden.

[Zurück](#)

Warum sind Vertretungen lediglich mit 12,50 EUR vergütet?

Auch die Vertretung im Urlaubsfall gehört zur hausärztlichen Tätigkeit und wird grundsätzlich durch die Pauschale abgedeckt. Dennoch wird hier zusätzlich eine Vergütung von 12,50 EUR pro Vertreterfall honoriert, die weder abgestaffelt noch sonst in irgendeiner Weise reduziert wird. Die Vertreterpauschale ergibt zusammen mit den anderen Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen eine Mischkalkulation, die eine erheblich bessere und v.a. berechenbare Vergütung in Euro garantiert.

[Zurück](#)

Setzt die Auszahlung der Pauschale P2 den Einzug der Praxisgebühr voraus?

Die Auszahlung der Pauschalen ist nicht an den Einzug der Praxisgebühr gekoppelt. Auch rein präventive Leistungen lösen P2 aus.

[Zurück](#)

Bleibt die bereits bestehende Befreiung von der Praxisgebühr für Patienten, die in DMP eingeschrieben sind, erhalten?

Ja. Die Regelungen zur Befreiung von der Praxisgebühr gelten auch innerhalb der HZV.

[Zurück](#)

Können Kinder, wenn die ganze Familie beim Hausarzt eingeschrieben ist, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt?

Grundsätzlich verpflichtet sich der Hausarzt, für alle eingeschriebenen Patienten eine dem Alter entsprechende hausärztliche Versorgung zur gewährleisten. Ausnahmen sind die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9. Dem betreuenden HZV-Arzt steht es frei, einen an der HZV teilneh-

menden Kinder- und Jugendarzt zur Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung U1 bis U9 per Zielauftrag einzubinden. Erfolgt die Leistungserbringung in diesen Fällen durch einen an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt, verrechnet die Managementgesellschaft (HÄVG) den daraus resultierenden Honoraranspruch des Kinder- und Jugendarztes mit dem jeweils fälligen Honoraranspruch des betreuenden Hausarztes.

[Zurück](#)

Ist eine Überweisung an hausärztlich tätige Kinderärzte (oder auch Kinderärzte mit Spezialisierung) möglich?

Der Hausarzt stellt für fachärztliche Leistungen (Kinderpneumologie, -kardiologie, -chirurgie etc.) eine Überweisung aus. Bei Pädiatern gibt es häufig das Spezifikum, dass sie gleichzeitig auch Fachärzte in den genannten Subdisziplinen sind.

[Zurück](#)

Für welche Leistungen können Überweisungen für HZV-Patienten veranlasst werden?

Grundsätzlich kann für jede Leistung, die gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 (EBM-Ziffernkranz) nicht obligatorischer Bestandteil der Pauschalen ist und die der betreuende Hausarzt nicht selbst erbringen kann, eine Überweisung ausgestellt werden. (Aber: Überweisungen innerhalb einer BAG – auch fachgruppenübergreifend – sind nicht möglich.)

[Zurück](#)

Was ändert sich bei den Überweisungen für eingeschriebene AOK-Patienten?

Aktuell holen sich bereits mehr als 90 Prozent der Patienten freiwillig Überweisungen beim Hausarzt für die fachärztliche Weiterbehandlung. In der HZV ist es für alle eingeschriebenen Patienten verpflichtend, sich vor der fachärztlichen Behandlung eine Überweisung beim Hausarzt ausstellen zu lassen (Ausnahme: Gynäkologen und Augenärzte). Selbstverständlich kann der Patient im Notfall ohne Überweisung fachärztlich behandelt werden.

[Zurück](#)

Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und ggf. abgerechnet?

Die Überweisung muss mittels einer Vertragssoftware ausgestellt werden. Erfolgt die Überweisung innerhalb der HZV, ist hierfür der Zielauftrag HZV zu verwenden. Wird an einen nicht an der HZV teilnehmenden Arzt überwiesen, ist auf dem Überweisungsschein zu dokumentieren, dass der Versicherte an der HZV teilnimmt. Das Ausstellen einer Überweisung wird nicht zusätzlich vergütet. Wird die Leistung durch einen an der HZV teilnehmenden Hausarzt erbracht, so ist diese innerhalb der HZV über die Leistung Zielauftrag HZV abzurechnen. Die Vergütung beträgt 12,50 EUR pro Fall. Wird die Leistung durch einen nicht an der HZV teilnehmenden Arzt erbracht, so ist die Leistung gemäß EBM gegenüber der KV abzurechnen.

[Zurück](#)

Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonographie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen?

Bei überwiesenen HZV-Patienten werden hausärztliche Leistungen gem. Vertrag grundsätzlich mit der Zielauftragspauschale von 12,50 EUR pro Quartal vergütet. Im Einzelnen stellt sich das wie folgt dar:

Lungenfunktionstest: Als Grundausstattung muss jeder Hausarzt, der sich in den Vertrag einschreibt, ein Lungenfunktionsgerät haben. Insofern kann es nicht zu Überweisungen unter den HZV-Ärzten kommen.

Sonographie: Hausärzte, die ein Sonographiegerät haben und diese Leistung ihren Patienten anbieten, bekommen dafür pro eingeschriebenem AOK-Patienten jährlich einen Zuschlag von 8 EUR, unabhängig davon, ob der Patient in dem Jahr die Praxis aufsucht. Bei innerhalb der HZV überwiesenen Patienten gilt die Zielauftragspauschale von 12,50 EUR je Zielauftrag und bei Vertretungsfällen gilt die Vertreterpauschale von 12,50 EUR je Quartal.

Ergometrie: Bei eigenen Patienten ist die Leistung mit den Pauschalen abgegolten, bei innerhalb der HZV überwiesenen Patienten und bei Vertretungsfällen gilt dieselbe Regelung wie bei Sonographie (s. o.).

[Zurück](#)

Werden Chirotherapie und das Belastungs-EKG extra vergütet?

Bei eigenen Patienten ist die Leistung mit den Pauschalen abgegolten. Bei Patienten, die innerhalb der HZV überwiesen werden, gibt es die Zielauftragspauschale von 12,50 EUR.

[Zurück](#)

Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?

Akupunktur wird, soweit sie nach Indikation Kassenleistung ist, im Rahmen der HZV über die Pauschalen vergütet.

[Zurück](#)

Wie werden Langzeitmessungen (Blutdruck, EKG) abgerechnet?

Die Langzeitmessungen zählen zu den nicht obligatorischen Leistungen. Sie sind bei eigenen Patienten in der Pauschale enthalten.

[Zurück](#)

Wie werden Ultraschall-Untersuchungen abgerechnet?

Bei Ultraschall-Untersuchungen wird ein Zuschlag von 8 EUR je eingeschriebenem Patienten und Jahr, unabhängig von der Anzahl der Ultraschall-Untersuchungen, gezahlt.

[Zurück](#)

Sind alle Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen und Kindervorsorgen im Pauschalbetrag enthalten?

Diese Leistungen sind alle in den drei Pauschalen und deren Zuschlägen enthalten.

[Zurück](#)

Was kann beim Labor abgerechnet werden?

Die vom Hausarzt zu erbringenden Laborziffern sind, soweit sie im Anhang 1 der Anlage 12 des HZV-Vertrages (Ziffernkranz) entsprechend aufgeführt sind, in den Pauschalen enthalten. Alle übrigen Laborziffern werden per Überweisung über das Fachlabor angefordert.

[Zurück](#)

Wie werden Leistungen, die nicht obligatorisch Bestandteil der Pauschalen sind, vergütet?

Ein Großteil der Hausärzte verfügt über Zusatzqualifikationen wie z. B. Akupunktur, Homöopathie, Chirotherapie etc. Diese Leistungen, die gemäß dem HZV-Vertrag vom Hausarzt nicht obligatorisch erbracht werden müssen, sind bei der Erbringung gegenüber den eigenen Patienten in den Pauschalen enthalten. Werden diese Leistungen per Zielauftrag für Versicherte, die einen anderen Arzt als betreuenden Hausarzt gewählt haben, erbracht, werden diese pauschal je Zielauftrag mit 12,50 EUR vergütet.

[Zurück](#)

Können spezielle Leistungen (z. B. Erbringung von CW-Doppler der Halsgefäße) weiter erbracht und abgerechnet werden?

Der Vertrag deckt originär hausärztliche Leistungen ab. Bestimmte fachärztliche Leistungen, die von einzelnen Hausärzten im Rahmen einer Ermächtigung erbracht werden, sind nicht Gegenstand der HZV und werden daher auch nicht innerhalb der HZV vergütet. Sofern es sich um eine der in Anlage 12 Abschnitt III Nr. VII genannten Leistungen handelt, erfolgt die Abrechnung über die KV. CW-Doppler ist eine solche fachärztliche Leistung. Das Gleiche gilt für gastroenterologische Leistungen.

[Zurück](#)

Ein Arzt in einer Gemeinschaftspraxis hat die Sonderzulassung Psychotherapie. Wie ist damit zu verfahren?

Der Vertrag deckt originär hausärztliche Leistungen ab. Bestimmte fachärztliche Leistungen, die von einzelnen Hausärzten im Rahmen einer speziellen Genehmigung bzw. Qualifikation erbracht werden, werden vom Vertrag nicht abgedeckt. Die Abrechnung der Psychotherapie erfolgt deshalb nach wie vor über die KV.

[Zurück](#)

Wie wird der Psychosomatik-Zuschlag in einer Gemeinschaftspraxis berechnet?

Der Psychosomatik-Zuschlag wird nur dann gewährt, wenn der gewählte Hausarzt selbst diese Qualifikation besitzt.

[Zurück](#)

Was wird aus der Substitutionstherapie?

Der Vertrag deckt originär hausärztliche Leistungen ab. Bestimmte fachärztliche Leistungen, die von einzelnen Hausärzten im Rahmen einer speziellen Genehmigung bzw. Qualifikation erbracht werden, sind nicht Gegenstand der HZV und werden daher auch nicht innerhalb der HZV vergütet. Sofern es sich um eine der in Anlage 12 Abschnitt III Nr. VII genannten Leistungen handelt, erfolgt die Abrechnung über die KV.

[Zurück](#)

Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV sind?

Leistungen, die nicht Gegenstand der HZV sind, werden im Rahmen der HZV nicht vergütet. Sofern es sich um eine der in Anlage 12 Abschnitt III Nr. VII genannten Leistungen handelt, erfolgt die Abrechnung über die KV.

[Zurück](#)

Wie hoch ist die Check-Up-Quote, wie sind durchgeführte Check-Ups zu dokumentieren?

Die Check-Up-Quote liegt bei 25 Prozent pro Jahr, bezogen auf alle an der HZV teilnehmenden Versicherten ab 35 Jahren. Voraussetzung für die Auszahlung des Check-Up-Zuschlags ist, dass die durchgeführten Check-Ups mit Hilfe der Vertragssoftware dokumentiert werden. Für Kinder- und Jugendärzte gilt eine abweichende Regelung.

[Zurück](#)

Wie hoch ist die Impfquote und wie sind durchgeführte Impfungen zu dokumentieren?

Die Grippe-Schutz-Impfquote für über 60-Jährige liegt bei 55 Prozent pro Jahr, bezogen auf alle an der HZV teilnehmenden Versicherten ab 60 Jahren. Voraussetzung für die Auszahlung des Impf-Zuschlages ist, dass die durchgeführten Impfungen mithilfe der Vertragssoftware gemäß den Richtlinien des G-BA dokumentiert werden. Für Kinder- und Jugendärzte gilt eine abweichende Regelung.

[Zurück](#)

Wie sind Impfungen innerhalb der HZV zu dokumentieren?

Impfungen müssen gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA in der Vertragssoftware dokumentiert werden.

[Zurück](#)

Wie erfolgt die Abrechnung der Impfungen?

Alle Impfleistungen sind in den Pauschalen enthalten. Der Hausarzt bekommt aber zusätzlich zu den Pauschalen einen jährlichen Zuschlag, wenn er eine Grippe-Schutz-Impfquote von 55 Prozent bei ab 60-jährigen HZV-Patienten erreicht. Dieser Zuschlag beträgt pro Jahr 2 EUR für jeden eingeschriebenem Versicherten, unabhängig vom Alter der Patienten und unabhängig davon, ob diese gegen Influenza geimpft wurden.

[Zurück](#)

Wie erfolgt bei den ergebnisorientierten Zuschlägen für Impfungen und Check-Ups die Quantifizierung?

Bei der Impfung gegen Influenza bei ab 60-jährigen HZV-Patienten sowie beim erweiterten Check-Up für ab 35-jährige HZV-Patienten hat der HZV-Arzt bei jeder Durchführung der Leistung dies in der Praxissoftware bei den Patientendaten zu kennzeichnen. Durch die Datenübermittlung seitens des Arztes im Rahmen der Abrechnung kann somit die Quote errechnet werden.

[Zurück](#)

Ist eine Abrechnung der DMPs für HZV-Patienten innerhalb der HZV möglich?

Ja. Die im Rahmen der DMPs erbrachten Einzelleistungen werden analog der bisherigen Systematik über die Vertragssoftware erfasst und gegenüber der Managementgesellschaft abgerechnet. Die DMP-Einzelleistungen sind nicht Bestandteil der HZV-Pauschalen. Die DMP-Dokumentationen müssen weiterhin an die Datenannahmestelle versendet werden.

[Zurück](#)

Wie werden DMP-Schulungen abgerechnet?

DMP-Schulungen können wie bisher gemäß Anlage 12 Abschnitt VII separat über die KV abgerechnet werden.

[Zurück](#)

Gibt es eine feste Quote für die Einschreibung von Patienten in DMPs?

Der Arzt ist gemäß den vertraglichen Teilnahmevoraussetzungen (gemäß § 5 Abs. 3 g) verpflichtet, aktiv an DMP teilzunehmen. Eine feste Quotenregelung oder Regelung einer Absolutzahl existiert nicht.

[Zurück](#)

Kann der Arzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen?

Soweit ein Patient bereits zu Beginn seiner HZV-Teilnahme in der Praxis als Chroniker geführt wird, kann ab Teilnahmebeginn des Patienten am AOK-HausarztProgramm die Pauschale P3 abgerechnet werden.

[Zurück](#)

Gibt es für Gemeinschaftspraxen mit zwei Ärzten wie bei der KV-Abrechnung einen Budget-Aufschlag von 10 Prozent als Ausgleich für Überschneidungen der Behandlung?

Es gibt innerhalb des HZV-Vertrags keinerlei Budgets und auch keine damit zusammenhängenden Deckelungen oder Zuschläge. Jede Pauschale, jeder Zuschlag und jede Einzelleistung wird für jeden Patienten mit dem gleichen Betrag vergütet, in der Einzelpraxis wie in der Gemeinschaftspraxis.

[Zurück](#)

Wie werden Hausbesuche verrechnet?

Hausbesuche sind in den drei Pauschalen und deren Zuschlägen enthalten. Ausnahmen davon sind Hausbesuche bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zur Unzeit. Dafür gibt es je nach Wochentag und Uhrzeit gemäß Anlage 12 zwei verschiedene Einzelleistungsvergütungen.

[Zurück](#)

Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“?

Wegegelder sind in den Pauschalen bzw. Einzelvergütungen enthalten.

[Zurück](#)

Warum wurde die Vergütungssystematik nicht nach Altersklassen gestaffelt?

Der Schwerpunkt der Vergütung wurde nach Abstimmung der Vertragspartner auf die Morbidität gelegt. Untersuchungen zeigen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Altersklassen und Morbidität nicht herstellbar ist.

[Zurück](#)

Ist bei im Einzelfall aktuell höherem Fallwert zu befürchten, dass Selektion betrieben wird (z.B. dass allein Chroniker in die HZV eingeschrieben werden)?

Nein. Die Vertragspartner sind davon überzeugt, dass aufgrund der kontaktunabhängigen Pauschale, die für alle eingeschriebenen Versicherten vergütet wird, und den darauf aufbauenden Vorhaltezuschlägen keine Selektion stattfinden wird. Es wird eine Erhöhung des bisherigen

durchschnittlichen Fallwerts von 50 EUR im Rahmen der Regelversorgung auf über 80 EUR für den teilnehmenden Arzt erwartet. Zudem sind im KV-System für 2009 in Baden-Württemberg die Fallwerte zurückgegangen. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der HZV Individualbudgets und Fallzahlzuwachsbeschränkungen unbekannt sind.

Zurück

Werden die Fallzahlzuwachsbeschränkungen von der KV und den darauf aufbauenden Vorhaltezuschlägen angepasst?

Es gibt für den HZV-Vertrag keine Fallzahlzuwachsbeschränkung. Das heißt, jeder HZV-Patient wird in voller Höhe vergütet. Die KV ist nicht Vertragspartner, daher kann keine Aussage über das Verhalten der KV getroffen werden.

Zurück

Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag?

Nein. Die Vertragspartner haben gemäß Anlage 12 Anhang 3 Zielerreichungsquoten im Bereich der rationalen Pharmakotherapie vereinbart. Werden diese erreicht, so wird der „Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag“ ausgelöst. Eine Malus-Regelung gibt es im Vertrag nicht. Das Verhältnis zu § 106 SGB V bleibt unberührt.

Zurück

5. Abrechnung und Finanzierung

Wie wird der Vertrag finanziert?

Die HZV-Vergütung wird zum einen durch die Bereinigung der hausärztlichen Leistungen in der Regelversorgung generiert, zum anderen durch Einsparpotenziale vor allem bei der Pharmakotherapie/Arzneimittelverordnung sowie durch leitliniengerechte Steuerung der Versorgung, zur Vermeidung von Unter-, Über- oder Fehlversorgung.

Zurück

Wie erfolgt die Bereinigung?

Die Bereinigung der Gesamtvergütung ist vom Gesetzgeber in § 73 b Abs. 7 SGB V grundsätzlich geregelt. Die Bereinigung orientiert sich außerdem an der jeweiligen Systematik zur Ermittlung der Gesamtvergütung. Zu Beginn wird daher aus den vier jüngsten vorliegenden Abrechnungsquartalen, die von der KV übermittelt wurden, der durchschnittliche Leistungsbedarf des Versicherten pro Quartal ermittelt. Dieser Betrag wird von der Gesamtvergütung abgezogen. Ab 2009 ist der Behandlungsbedarf entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag vereinbarten Inhalt der HZV zu bereinigen.

[Zurück](#)

Ist die Bereinigung nicht ein Nullsummenspiel?

Die AOK Baden-Württemberg vereinfacht über Pauschalen die bisherige EBM-Abrechnung für die Ärzte deutlich und trägt damit zur Entbürokratisierung bei. Pauschalierung bedeutet auch, dass die AOK Baden-Württemberg im Bereich der HZV über 2008 hinaus bereit ist, das bundesweit überdurchschnittliche Vergütungsniveau in Baden-Württemberg aufrecht zu erhalten. Daneben wird das Honorarniveau berücksichtigt, das sich aus dem neuen EBM ab 2009 ergeben soll. Schließlich definiert die HZV besondere Anforderungen, für die ebenfalls ein Vergütungsäquivalent verhandelt wurde. Fazit: Die HZV-Vergütung wird im Durchschnitt deutlich attraktiver und damit höher als die bestehende und insbesondere die ab 2009 zu erwartende bundeseinheitliche Durchschnittsvergütung sein. Volumina zwischen dem durch die Bereinigung erzielten Betrag und der auszuschüttenden HZV-Vergütung an die Hausärzte werden über Bürokratieabbau und effizientere Versorgungserbringung finanziert.

[Zurück](#)

Welche Institution übernimmt die Abrechnung für die HZV?

Die HÄVG koordiniert als Managementgesellschaft die Abrechnungsmodalitäten zwischen der AOK und den teilnehmenden Hausärzten. Für diese Aufgabe erhebt die HÄVG eine Verwaltungskostenpauschale gegenüber den Hausärzten.

[Zurück](#)

Was ändert sich bei der Abrechnung über die HÄVG?

Die zwei Hauptvorteile zur Abrechnung in der Regelversorgung sind Einfachheit und Schnelligkeit. Der gesamte Abrechnungsprozess verläuft über eine online-fähige Vertragssoftware und ersetzt die bisherige Abrechnungspraxis. Zusammen mit dem einfachen, auf festen Eurowerten basierten Vergütungssystem, das die EBM-Vergütung ablöst, kann eine schnellere Honorierung der Ärzte gewährleistet werden.

[Zurück](#)

Ist die Höhe der Verwaltungskostenpauschale abhängig von der Mitgliedschaft beim Hausärzterverband oder bei MEDI?

Die Mitglieder von MEDI und Hausärzterverband zahlen 3 Prozent Verwaltungskostengebühren, Nicht-Mitglieder zahlen 5 Prozent.

[Zurück](#)

Welche Software ist für den Vertrag erforderlich?

Für die Vertragssoftware gibt es gemäß Anlage 10 bestimmte Anforderungen. Die Liste der derzeit als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der Arzt sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite der HÄVG unter

www.hausaerzteverband.de im Bereich HÄVG abrufbar (dort unter Verträge AOK Baden-Württemberg). Diese Liste wird bei Neuzulassung fortlaufend ergänzt. Weitere Informationen sind den FAQs speziell zur Vertragssoftware zu entnehmen.

[Zurück](#)

Wie sieht der Datenfluss konkret aus?

Der Arzt versendet die Abrechnungsdaten an die Managementgesellschaft / das Abrechnungszentrum. Hier findet eine Prüfung der Daten statt. Nach Abschluss der Prüfung werden die Abrechnungsdaten an die AOK weitergeleitet, wo eine Nachprüfung der Abrechnungsdaten erfolgt. Anschließend erfolgt die Auszahlung der Honorare von der AOK an die Managementgesellschaft (HÄVG) und von der Managementgesellschaft an die Ärzte. Die Daten werden verschlüsselt übermittelt und sind somit vor unberechtigtem Zugriff geschützt.

[Zurück](#)

Wird es einen „gläsernen Arzt“ geben, wenn die Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung und Dokumentation umgesetzt wird?

Die Versendung elektronischer Abrechnungsdaten der Ärzte durch die KV gemäß § 295 Abs. 2 SGB V an die Krankenkassen ist bereits seit vielen Jahren gängige Praxis. Die notwendigen Abrechnungsdaten werden im Rahmen der HZV von der Managementgesellschaft / dem Abrechnungszentrum der AOK Baden-Württemberg übermittelt – ebenfalls auf elektronischem und verschlüsseltem Weg. Der Umfang der Daten übersteigt dabei nicht den der heutigen Datenlieferung von KV an Krankenkassen.

[Zurück](#)

Wie wird der ärztliche Notdienst im Rahmen der HZV sichergestellt?

Der ärztliche Notdienst ist für alle HZV-Versicherten gewährleistet. Der Gesetzgeber hat geregelt, dass die Krankenkassen den Notdienst aus Praktikabilitätsgründen auch für die HZV durch die Regelversorgung abdecken lassen können. Die AOK bereinigt die für Notfälle abgerechneten Positionen nicht, somit werden der KV keine Mittel entzogen. Im Übrigen nehmen die an der HZV teilnehmenden Ärzte selbstverständlich weiterhin am organisierten Notfalldienst teil.

[Zurück](#)

Wann ist für eingeschriebene Patienten die Praxisgebühr zu erheben?

Die Regeln zur Praxisgebühr innerhalb der HZV entsprechen denen innerhalb der Regelversorgung. Werden ausschließlich Präventionsleistungen erbracht, ist die Praxisgebühr nicht einzuziehen. Ob die Praxisgebühr eingezogen wurde, bzw. warum sie ggf. nicht eingezogen wurde, ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

[Zurück](#)

Was bedeutet „Zielauftrag HZV“?

Überweist ein HZV-Arzt einen Patienten an einen HZV-Kollegen, der eine nicht obligate hausärztliche Leistung gemäß Ziffernkranz erbringt, so bekommt der Kollege für jede Überweisung pauschal 12,50 EUR. Bei Überweisung an einen Arzt, der nicht in die HZV eingeschrieben ist, rechnet dieser wie bisher über die KV ab. Es wird allerdings angestrebt, die eingeschriebenen Patienten soweit möglich innerhalb der HZV zu behandeln.

[Zurück](#)

6. Qualitätssicherung und sonstige Fragen

Wie wird die Qualität des Vertrages gesichert?

Die Einhaltung von den besonderen, vertraglich vorgegebenen Qualitätsvorgaben der teilnehmenden HZV-Ärzte wird von den Vertragspartnern gemeinsam geprüft und in Prüfrichtlinien festgelegt.

[Zurück](#)

Wie trägt der HZV-Vertrag zu einer besseren medizinischen Versorgung bei?

Der Vertrag setzt hierzu auf mehreren Ebenen an. Dazu gehören die Teilnahmevoraussetzungen, die neben der apparativen Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung) auch nachgewiesene Qualifikationen, z. B. Psychosomatik, vorsehen. Des Weiteren sind durch die Festlegung von Qualitätszielen u. a. bei der Grippeimpfung und die aktive Unterstützung der DMPs konkret messbare qualitative Kriterien Vertragsbestandteil. Darüber hinaus beeinflussen die zusätzlichen Serviceleistungen wie Akut- und Abendsprechstunden die Versorgung positiv.

[Zurück](#)

Ist in den Qualitätszirkeln auch das Thema Gesprächsführung vorgesehen?

Fortbildungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung sind nach gesetzlichen Vorgaben in der HZV für teilnehmende Ärzte verpflichtend. Dieser Verpflichtung kommen HZV-Ärzte mit der Teilnahme an Qualitätszirkeln nach. Für diese wird von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin ein Curriculum erarbeitet.

[Zurück](#)

Wie wirkt sich die HZV für den Hausarztberuf aus?

Aus Sicht der Vertragspartner trägt die HZV wesentlich dazu bei, die Attraktivität des Hausarztberufes wieder zu erhöhen und somit einem auch in Baden-Württemberg absehbaren Hausärz-

temangel entgegenzuwirken. Jeder an der HZV teilnehmende AOK-Versicherte kann sich daher darauf verlassen, auch zukünftig durch einen qualifizierten Hausarzt betreut zu werden.

[Zurück](#)

Wie wird der Vertrag evaluiert?

Der HZV-Vertrag unterliegt einem internen Vertragscontrolling.

[Zurück](#)

Welche Auswirkungen hat der Gesundheitsfonds auf den Vertrag in Baden-Württemberg?

Es werden keine unmittelbaren Auswirkungen erwartet.

[Zurück](#)

Wie ist die Therapiefreiheit der Hausärzte geregelt?

Die Therapiefreiheit ist weiterhin gegeben, da ein Arzt, sofern dies medizinisch erforderlich ist, von Empfehlungen oder einer Leitlinie abweichen kann bzw. muss. Die Behandlung nach hausärztlichen Leitlinien bleibt Standard. Der HZV-Arzt kann selbstverständlich seine Spezialleistungen wie Akupunktur, Chirotherapie etc. seinen HZV-Patienten anbieten. Die Vergütung dieser Leistung ist gemäß der Honorarsystematik des HZV-Vertrages für die eigenen Patienten in den drei Pauschalen und deren Zuschlägen enthalten.

[Zurück](#)

Gibt es eine Weiterentwicklung des Vertrages im Bezug auf die psychosoziale Kompetenz der Hausärzte?

Ja. Bis zum 31. Dezember 2011 müssen alle an der HZV teilnehmenden Ärzte über die Qualifikation zur Anwendung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung verfügen.

[Zurück](#)

Wird der HZV-Vertrag das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten verschlechtern?

Der Vertrag ist ein Meilenstein für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg und Musterbeispiel für eine aktive und zukunftssträchtige Gestaltung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung, die neue Spielräume für die gesamte Ärzteschaft generiert. Auch Fachärzte werden von diesem Strukturwandel profitieren, den MEDI als Vertreter für Haus- und Fachärzte mitprägt. Die Vertragspartner der HZV gehen auf der Grundlage von Ausschreibungen von der Angliederung weiterer fachärztlicher Versorgungsverträge nach § 73 c SGB V aus. Die erste besondere ambulante Versorgung für den Bereich Kardiologie wurde von der AOK Baden-Württemberg im Februar 2009 ausgeschrieben; der Zuschlag für Verhandlungen wurde der Bietergemeinschaft MEDI und BNK erteilt.

Zurück

Warum können die Pädiater an der HZV teilnehmen und bekommen keinen eigenen Facharztvertrag?

Nach § 73 Abs. 1 a SGB V nehmen Kinderärzte an der hausärztlichen Versorgung teil.

Zurück

Wie verhält es sich beim elektronischen AOK-Patientenpass mit dem Datenschutz?

HZV-Versicherte können zukünftig im Rahmen einer freiwilligen Teilnahme an einem Forschungsvorhaben einen elektronischen AOK-Patientenpass erhalten. Die Datenhoheit liegt dabei ausschließlich beim Versicherten. Auf expliziten Wunsch kann der Versicherte seinen Hausarzt zur Erweiterung und Befüllung des Online-Passes autorisieren. Sowohl das Forschungsinstitut als auch der Anbieter des Patientenpasses werden in der Zusammenarbeit von Seiten der AOK vertraglich verpflichtet, die gesetzlichen Grundlagen des Datenschutzes ausnahmslos zu beachten.

Zurück

Welche Voraussetzungen muss eine Arzthelferin erfüllen, um an der Fortbildung „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH“ teilnehmen zu können?

An der Fortbildung können teilnehmen

- a) ausgebildete Arzthelferinnen (Ausbildung erhalten in einer Hausarztpraxis)
- b) ausgebildete Arzthelferinnen (Ausbildung erhalten in einer Facharztpraxis) und anschließend mindestens 2 Jahre in Hausarzt-Praxis beschäftigt
- c) Ausgebildete in anderen paramedizinischen Berufen (Krankenschwestern, Physiotherapeutinnen) und anschließende Berufserfahrung von mind. 2 Jahren in einer Hausarzt-Praxis

Zurück

Sind die Einkünfte aus dem HZV-Vertrag umsatzsteuerpflichtig?

Ärztliche Leistungen sind nach Auslegung der Finanzverwaltung nur dann umsatzsteuerpflichtig, wenn sie nicht medizinisch indiziert sind. Da nicht medizinisch indizierte Leistungen (z. B. kosmetische Operationen) nicht Gegenstand des HZV-Vertrages sind, kann es zu keiner Umsatzsteuerpflicht bzgl. der Honorare im Rahmen des HZV-Vertrages kommen.

Zurück