



**Fragen und Antworten (FAQs)**  
**„Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV)**  
**bei der AOK Baden-Württemberg**  
**Stand 10.12.2012**

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Vertragspartner, Eckdaten und Zielsetzungen .....</b>	<b>5</b>
Was ist das Ziel der HZV nach § 73b 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
<b>2. Teilnahmevoraussetzungen und Nutzen für Ärzte .....</b>	<b>7</b>
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

<b>3. Patientenfragen.....</b>	<b>9</b>
Welchen Nutzen hat die HZV für den Versicherten? .....	9
Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen? .....	9
Können Kinder und Jugendliche teilnehmen? .....	10
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? .....	11
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? .....	12
<b>4. Vergütungssystem.....</b>	<b>12</b>
Wie sieht die Vergütungssystematik für die Ärzte in der HZV aus? .....	12
Welche Pauschalen werden wie honoriert? .....	12
Was passiert mit einer ausbezahlten P1 im Fall eines nicht vollständigen Versichertenteilnahmejahres? .....	13
Verdient der Hausarzt in der HZV mehr als im bisherigen System? .....	13
Welche Qualitätsanreize gehen vom Vertrag aus? .....	13
Wie ist die Vertretung geregelt? .....	14
Wodurch wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV ausgelöst? .....	14
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? .....	15
Können Kinder, wenn die ganze Familie beim Hausarzt eingeschrieben ist, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt? .....	15
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?.....	16
Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und ggf. abgerechnet? .....	16
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? .....	17
Wird Akupunktur zusätzlich vergütet? .....	17
Wie werden Langzeitmessungen (Blutdruck, EKG) abgerechnet? .....	17
Wie werden Ultraschall-Untersuchungen abgerechnet?.....	17
Sind alle Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen und Kindervorsorgen im Pauschalbetrag enthalten?.....	17
Was kann beim Labor abgerechnet werden? .....	18
Wie werden Leistungen, die gemäß Anhang 1 zur Anlage 12 nicht obligatorisch sind, vergütet?.....	18
Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV bzw. der Facharztverträge 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? .....	19
Wie sind Impfungen innerhalb der HZV zu dokumentieren?.....	19
Wie erfolgt die Abrechnung der Impfungen? .....	19
Wie erfolgt bei den ergebnisorientierten Zuschlägen für Impfungen und Check-Ups die Quantifizierung?.....	19
Wie erfolgt die Abrechnung der DMPs für HZV-Patienten innerhalb der HZV? .....	20
Wie werden DMP-Schulungen abgerechnet?.....	20
Gibt es eine feste Quote für die Einschreibung von Patienten in DMPs? .....	20
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?.....	21
Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“? .....	21
Ist zu befürchten, dass Selektion betrieben wird (z.B. dass allein Chroniker in die HZV eingeschrieben werden oder nur „Gesunde“)? .....	21
Werden die Fallzahlzuwachsbeschränkungen von der KV und den darauf aufbauenden Vorhaltezuschlägen angepasst? .....	21
Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag? .....	21
<b>5. Abrechnung und Finanzierung .....</b>	<b>22</b>
Wie wird der Vertrag finanziert? .....	22
Wie erfolgt die Bereinigung der Gesamtvergütung gegenüber der KV? .....	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? .....	23
Wie sieht der Datenfluss konkret aus? .....	23
Wird es einen „gläsernen Arzt“ geben, wenn die Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung und Dokumentation umgesetzt wird? .....	23
Was ist bei der Übermittlung von Diagnosen zu beachten? .....	24
Wie wird der ärztliche Notdienst im Rahmen der HZV sichergestellt? .....	24
Ist für einen HZV Versicherten eine Praxisgebühr zu erheben .....	24
Was bedeutet „Zielauftrag HZV“?.....	24
<b>6. Qualitätssicherung und sonstige Fragen.....</b>	<b>24</b>
Wie wird die Qualität des Vertrages gesichert? .....	24
Wie trägt der HZV-Vertrag zu einer besseren medizinischen Versorgung bei? .....	25
Wie wirkt sich die HZV für den Hausarztberuf aus? .....	25
Wie wird der Vertrag evaluiert? .....	25
Wie ist die Therapiefreiheit der Hausärzte geregelt? .....	25
Wird der HZV-Vertrag das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten verschlechtern?.....	26
Warum können die Pädiater an der HZV teilnehmen und bekommen keinen eigenen Facharztvertrag?.....	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

Vertragspartner, Eckdaten und Zielsetzungen

## **Was ist das Ziel der HZV nach § 73b 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 AG (HÄVG), der MEDIVERBUND AG und den teilnehmenden Hausärzten. Die HZV-Partner werden berufspolitisch unterstützt durch den Hausärzteverband 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 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 Vertragspartner schaffen für die teilnehmenden Hausärzte eine attraktive und einfache Vergütungsstruktur. Die AOK verspricht sich davon 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.

[Zurück](#)

## **Welche Laufzeit hat der HZV-Vertrag?**

Die Laufzeit des Vertrags ist unbefristet. Es ist eine Mindestlaufzeit bis 31.12.2015 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, 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 (Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendärzte, hausärztlich tätige MVZ) mit Zulassung und Vertragsarztsitz in Baden-Württemberg offen, die die vertraglichen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Es gibt keine Mengenbegrenzung.

[Zurück](#)

## **1. 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 fester Euro-Basis und nicht auf Punktwerten beruht, und es keine Fallzahlzuwachsbeschränkung gibt.
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 folgende 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, eine online-fähige EDV sowie Ausstattung und Nutzung eines Konnektors zur Datenübertragung an das HÄVG Rechenzentrum.
- c) vertragskonforme Teilnahme an DMPs
- d) Absolvieren einer Vertragsschulung (E-Learning oder Präsenzveranstaltung)
- e) Ausstattung mit einem zertifizierten Arztinformationssystem (PVS) und einem Faxgerät
- f) Qualifikation zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte)
- g) Qualifikation für Psychosomatik

[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.

[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 die Versicherten. Der Teilnahmebeginn eines HZV-Hausarztes ist – anders als bei HZV-Versicherten – nicht an den Beginn eines Quartals geknüpft. Das heißt, er kann als HZV-Vertreterarzt konsultiert werden oder HZV-Zielaufträge entgegennehmen, noch bevor er „eigene“, von ihm selbst eingeschriebene Versicherte in der HZV betreut.

[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 „HZV-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](http://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](#)

## **2. Patientenfragen**

### **Welchen Nutzen hat die HZV für den Versicherten?**

Der Patient wählt 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 zugutekommen 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 (kleines Blutbild, HDL und LDL-Cholesterin, Gamma-GT, Kreatinin). Des Weiteren sind HZV-Teilnehmer von der Zuzahlungspflicht zu bestimmten Arzneimitteln im Rahmen der AOK-Rabattverträge befreit, sofern sie vom HZV-Arzt verordnet werden.

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. Für Kinder und Jugendliche werden exklusiv in der HZV die Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 angeboten.

[Zurück](#)

### **Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?**

Teilnahmebedingung für die Patienten an der HZV ist 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 (Ausnahmen: Gynäkologen, Augenärzte und Notfälle; Kinder in der HZV können Kinder- und Jugendärzte auch direkt in Anspruch nehmen). Arztwechsel sind nur aus wichtigem Grund vor Ablauf der 12 Monate zulässig (z. B. Umzug, nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) und müssen gegenüber der AOK Baden-Württemberg begründet werden (z. B. schriftlicher Hinweis auf der Versicherten-Teilnahmeerklärung im Rahmen des Arztwechsels).

Eine Einschreibung ist nicht möglich, wenn der vertraglich vorgeschriebene Mindestbetreuungszeitraum von 12 Monaten durch den gewählten Hausarzt – z. B. durch absehbaren Ruhestand – nicht gewährleistet werden kann.

[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 HZV-Arzt (Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt) 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 Originalformular wird durch die Arztpraxis per Post der AOK zugeschickt. Der Versicherte erhält vom Arzt einen Durchschlag.

[Zurück](#)

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

Die Teilnahme eines Versicherten kann immer nur am 1. Tag eines Quartals beginnen, 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. Der betreuende Arzt wird ebenfalls kurz vor Quartalsbeginn schriftlich von der HÄVG informiert, welche Patienten erfolgreich in das AOK-HausarztProgramm aufgenommen wurden.

[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. Nimmt der Versicherte neben der HZV auch am AOK-Facharztprogramm teil, erklärt er sich dazu bereit, grundsätzlich nur die Spezialisten aufzusuchen, die ebenfalls am AOK-Facharztprogramm für die vertraglich vereinbarten Fachgebiete teilnehmen.

[Zurück](#)

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

Der fachärztliche Bereich wird weiterhin zum großen Teil (Ausnahme: AOK-Facharztprogramm) 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 erbrachten Leistungen außerhalb der HZV 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?**

Es gelten die bisherigen Regelungen. Die Krankenversicherungskarte 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 – Kindern auch Kinder- und Jugendärzte – 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.

[Zurück](#)

## 3. 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.

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

[Zurück](#)

### Welche Pauschalen werden wie honoriert?

Die kontaktunabhängige Jahrespauschale (P1) wird automatisch pro eingeschriebenem Versicherten mit 65 EUR pro Jahr vergütet. Die kontaktabhängige Quartalspauschale (P2) beträgt 40 EUR pro Quartal, wobei die erste P2 mit der 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 und wird viermal pro Jahr vergütet. Diabetologisch besonders qualifizierte Hausärzte gemäß der Ebene 2 des DMP Diabetes Vertrages können für die Mitbehandlung chronisch kranker Patienten zusätzlich die Leistung P3a abrechnen, die mit 25,00 EUR pro Quartal vergütet wird. Die Pauschale für Vertretungsfälle beträgt 12,50 EUR pro Quartal.

[Zurück](#)

## **Was passiert mit einer ausbezahlten P1 im Fall eines nicht vollständigen Versichertenteilnahmejahres?**

Bei einem nicht vollständigen Versichertenteilnahmejahr muss die bereits vollständig ausgezahlte P1 für die Quartale, an denen der Patient nicht mehr an der HZV teilnimmt, zurückgerechnet werden. Dabei werden pro nicht teilgenommenem Quartal innerhalb eines Versichertenteilnahmejahres 16,25 € zurückgefordert.

[Zurück](#)

## **Was beinhalten die Zuschläge?**

Es gibt ergebnisabhängige Zuschläge bei Erreichen einer Zielerreichungsquote für Arzneimittelverordnungen, Grippeimpfungen und Check-Ups<sup>1</sup>. Daneben gibt es Vorhalte- und Qualifikationszuschläge auf alle vergüteten P1 für Sonographie, Kleine Chirurgie und Psychosomatik. Für VERAH<sup>2</sup>-Fachpersonal in der Praxis beträgt der Zuschlag 5 EUR pro Quartal auf alle vergüteten Chroniker-Pauschalen P3. Einzelleistungen wie Besuche zu Unzeiten, Krebsvorsorgeuntersuchungen und DMPs werden zusätzlich vergütet. Des Weiteren gibt es Zuschläge für HZV-Ärzte, die im Rahmen der Weiterbildung Plus einen Weiterbildungsassistenten/in beschäftigen, sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – HZV-Versicherte in Behinderten- und Pflegeheimen versorgen.

[Zurück](#)

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

Mit den im Vertrag vorgesehenen Behandlungspauschalen, Qualifikationszuschlägen und ergebnisabhängigen Vergütungsbestandteilen (z.B. bei 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. 55 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 der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin sind der Lehrstuhl und die Lehrbereiche Allgemeinmedizin der Universitäten in Baden-Württemberg, die DEGAM als wissenschaftliche Fachgesellschaft und das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) vertreten. Die Fortbildungskommission legt die Inhalte der hausärztlichen Fortbildung in der HZV fest (Fortbildung von Hausärzten für Hausärzte) und wählt die in der HZV umzusetzenden Leitlinien

---

<sup>1</sup> Für Kinder- und Jugendärzte gelten abweichende Regelungen gemäß Anlage 12.

<sup>2</sup> 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.

aus. Zudem beinhaltet der Vertrag finanzielle Qualitätsanreize über Zielerreichungsquoten bei Impfungen, Check-Ups und der Arzneimittelverordnung.

[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 EUR je Quartal.

[Zurück](#)

### **Wodurch wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV ausgelöst?**

Die Vertreterpauschale kann abgerechnet werden, wenn ein HZV-Arzt, der nicht der gewählte HZV-Hausarzt ist, die Behandlung des HZV-Versicherten durchführt und keine Überweisung bzw. kein Zielauftrag in der HZV vorliegt. Der Vertreter hat sich vor Erbringung der Leistung zu vergewissern, dass es sich tatsächlich um einen Vertretungsfall innerhalb der HZV handelt. Die Praxis kann mittels ihrer Vertragssoftware online abfragen, ob der Versicherte bereits an der HZV teilnimmt. Die Vertreterpauschale kann in BAGs und MVZs nicht abgerechnet werden, wenn der gewählte HZV-Arzt des Versicherten innerhalb der BAG oder MVZ tätig ist.

[Zurück](#)

### **Entsteht bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis ein Vertretungsfall?**

Innerhalb einer BAG und eines MVZ (auch fachübergreifend, gleiche Betriebsstättennummer (BSNR)) entsteht kein Vertretungsfall. Die Dokumentation/Abrechnung kann aber selbstverständlich auch von Praxiskollegen erfolgen. Die Vertragssoftware stellt bei der Übermittlung der Abrechnungsdaten an das HÄVG Rechenzentrum sicher, dass alle patientenbezogenen Leistungen innerhalb einer BAG oder eines MVZ automatisch demjenigen Hausarzt zugeordnet werden, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist. Das Honorar 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 geltenden KV-Regelung. Voraussetzung ist allerdings, dass der vertretende Hausarzt an der HZV teilnimmt. Entsprechend kann der Arzt HZV-Patienten ab dem Zeitpunkt seiner Teilnahmebestätigung am Vertrag nicht mehr über die KV abrechnen. Im Vertretungsfall erhält dieser einmal pro Abrechnungsquartal eine Vertretungspauschale in Höhe von 12,50 EUR.

[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](#)

## **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 zu gewährleisten. Ausnahmen sind die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9. Dem betreuenden HZV-Arzt steht es frei, einen an der HZV teilnehmenden 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. Die Vorsorgeleistungen U10, U11, J1 und J2 müssen vom betreuenden HZV-Arzt erbracht und können nicht delegiert werden.

[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?**

Für jede gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 (EBM-Ziffernkranz) nicht obligatorische Leistung, die der betreuende Hausarzt nicht selbst erbringen kann, kann ein HZV-Zielauftrag an einen anderen an der HZV teilnehmenden Arzt ausgestellt werden. Nicht im EBM-Ziffernkranz aufgeführte Leistungen (fachärztliche Leistungen) können an Fachärzte überwiesen werden. Zielaufträge und Überweisungen innerhalb einer BAG oder eines MVZ – 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 (Ausnahmen: Gynäkologen, Augenärzte sowie Kinder- und Jugendärzte bei Kindern). 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 (sog. Zielauftrag), 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 (ausgestellt durch einen HZV-Arzt) werden dem an der HZV teilnehmenden Arzt hausärztliche Leistungen gemäß 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 sowie die Qualifikation zur Erbringung dieser Leistung besitzen 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. Innerhalb von BAGs und MVZs erhalten alle an der HZV teilnehmenden Ärzte den Zuschlag von 8 EUR (auf jede P1), wenn mindestens ein Arzt der BAG bzw. des MVZ die Ausstattung und Qualifikation zur Erbringung der Leistung Sonographie besitzt. 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 die



Zielauftragspauschale von 12,50 EUR je Zielauftrag und bei Vertretungsfällen gilt die Vertreterpauschale von 12,50 EUR je Quartal.

[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 und bei Vertretungsfällen gilt die Vertreterpauschale von 12,50 EUR je Quartal.

[Zurück](#)

### **Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?**

Akupunktur wird, soweit sie nach Indikation Kassenleistung ist, im Rahmen der HZV über die Pauschalen vergütet. Bei Patienten, die innerhalb der HZV überwiesen werden, kann pro Sitzung ein Zielauftrag in Höhe von 12,50 EUR abgerechnet werden.

[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. Bei Patienten, die innerhalb der HZV überwiesen werden, gibt es die Zielauftragspauschale von 12,50 EUR und bei Vertretungsfällen gilt die Vertreterpauschale von 12,50 EUR je Quartal.

[Zurück](#)

### **Sind alle Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen und Kindervorsorgen im Pauschalbetrag enthalten?**

Diese Leistungen sind alle in den drei Pauschalen und deren Zuschlägen enthalten. Bei der Erreichung der Quoten gemäß Anhang 3 der Anlage 12 (Check-Up, Influenza-Impfung für über 60-jährige sowie Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfquote (Masern-Mumps-Röteln) bei Kinder- und Jugendärzten) werden jeweils 2 EUR Zuschlag auf alle P1 vergütet.

[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 (GOP 01708, GOP 32001, GOP 32025 – 32125 sowie GOP 32880-32882), in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. In der Regel werden diese Laborziffern aber nicht direkt in der Hausarztpraxis, sondern durch die Laborgemeinschaften erbracht. In diesem Fall erfolgt die Verrechnung direkt zwischen Arzt und Laborgemeinschaften analog Privatpatienten. Der Hausarzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die HZV-Versicherten dem Labor bzw. der Laborgemeinschaft als solche angezeigt werden.

Alle übrigen Laborziffern, die nicht Gegenstand der HZV sind (ab GOP 32128, ehemals OIII), werden per Überweisung mittels Muster 10 über das Fachlabor angefordert. Das Fachlabor (Laborarztpraxis) rechnet diese Leistungen gegenüber der KV ab.

[Zurück](#)

## **Wie werden Leistungen, die gemäß Anhang 1 zur Anlage 12 nicht obligatorisch 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](#)

## **Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV bzw. der Facharztverträge sind?**

Zu Abrechnungsfrage steht der FAQ-Katalog zum Gesamtziffernkranz (Juli 2012) zur Verfügung.

[Zurück](#)

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

Erbringt der HZV-Arzt innerhalb eines Kalenderjahres bei mind. 25 % seiner eingeschriebenen HZV-Versicherten ab dem 35. Lebensjahr den Check-Up, so ist die Quote erreicht. Voraussetzung für die Auszahlung des Check-Up-Zuschlags ist, dass die durchgeführten Check-Ups mit Hilfe der Vertragssoftware dokumentiert werden. Die Quotenberechnung erfolgt durch das HÄVG Rechenzentrum. Der Zuschlag beträgt 2 EUR auf jede im Kalenderjahr vergütete P1. Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. ein Versicherter ist nicht in allen 4 Quartalen eingeschrieben, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,50 EUR pro Quartal gekürzt. Für Kinder- und Jugendärzte gilt eine abweichende Regelung.

[Zurück](#)

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

Erbringt der HZV-Arzt innerhalb eines Kalenderjahres bei mind. 55 % seiner eingeschriebenen HZV-Versicherten ab dem 60. Lebensjahr die Grippe-Schutz-Impfquote, so ist die Quote erreicht. Voraussetzung für die Auszahlung des Impf-Zuschlages ist, dass die durchgeführten Impfungen mithilfe der Vertragssoftware gemäß den Richtlinien des G-BA dokumentiert werden. Der Zuschlag beträgt 2 EUR auf jede im Kalenderjahr vergütete P1. Für unvollständige Kalenderjahre, d.h. ein Versicherter ist nicht in allen 4 Quartalen eingeschrieben, wird der Zuschlag anteilig jeweils um 0,50 EUR pro Quartal gekürzt. Für Kinder- und Jugendärzte gilt eine abweichende Regelung.

[Zurück](#)

## **Wie sind Impfungen innerhalb der HZV zu dokumentieren?**

Alle erbrachten Impfleistungen müssen gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA in der Vertragssoftware dokumentiert und an das HÄVG Rechenzentrum übermittelt 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 max. 2 EUR für jeden eingeschriebenen 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 im HÄVG Rechenzentrum errechnet werden.

[Zurück](#)

## **Wie erfolgt die Abrechnung der DMPs für HZV-Patienten innerhalb der HZV?**

Die im Rahmen der DMPs erbrachten Einzelleistungen sind analog der bisherigen Systematik über die Vertragssoftware zu erfassen und gegenüber der Managementgesellschaft abzurechnen. Die DMP-Einzelleistungen sind nicht Bestandteil der HZV-Pauschalen und werden dem Arzt gemäß den DMP-Verträgen zwischen AOK und KV im Rahmen der HZV-Abrechnung gesondert vergütet. Die DMP-Dokumentation muss weiterhin an die Datenannahmestelle versendet werden. Die Vertragspartner werden in Kürze eine Möglichkeit schaffen, dass die Versendung der Dokumentation online über die Vertragssoftware möglich gemacht wird.

[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 (§ 5 Abs. 3 g) verpflichtet, aktiv an den DMPs KHK, Diabetes Mellitus Typ II und COPD teilzunehmen. Eine feste Quotenregelung oder Regelung einer Absolutzahl existiert nicht. Für Kinder- und Jugendärzte ist allein die aktive Teilnahme am DMP Asthma Voraussetzung.

[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 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. Geplante Hausbesuche und Besuche in Pflegeheimen zur vertraglich festgelegten Unzeit können nicht abgerechnet werden, da sie nicht unvorhergesehen sind. Dringende Hausbesuche außerhalb der Unzeit, Terminvereinbarungen und Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen des organisierten Notfalldienstes fallen ebenfalls nicht unter diese Regelung.

[Zurück](#)

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

Wegegelder sind in den Pauschalen bzw. Einzelvergütungen enthalten. Die Unzeit-Pauschale kann nur 1 x pro Tag abgerechnet werden.

[Zurück](#)

## **Ist zu befürchten, dass Selektion betrieben wird (z.B. dass allein Chroniker in die HZV eingeschrieben werden oder nur „Gesunde“)?**

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 ist eine Erhöhung des bisherigen durchschnittlichen KV-Fallwerts von ca. 60 EUR im Rahmen der Regelversorgung auf über 80 EUR festzustellen. Zudem sind im KV-System für 2009 in Baden-Württemberg die Fallwerte zurückgegangen. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass es in der HZV Individualbudgets und Fallzahlzuwachsbeschränkungen nicht gibt.

[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 des HZV-Vertrages.

[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, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen können auch Ärzte betreffen, die an der HZV teilnehmen.

[Zurück](#)

## **4. 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 der Gesamtvergütung gegenüber der KV?**

Die Bereinigung der Gesamtvergütung ist vom Gesetzgeber in § 73b Abs. 7 SGB V grundsätzlich geregelt. In einem Bereinigungsvertrag haben sich AOK und Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg über Methodik und Details geeinigt.

[Zurück](#)

### **Welche Institution übernimmt die Abrechnung für die HZV?**

Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG) koordiniert als Managementgesellschaft die Abrechnungsmodalitäten zwischen der AOK und den teilnehmenden Hausärzten und bedient sich dabei der Unterstützung der HÄVG Rechenzentrum AG. 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 Hausärzteverband oder bei MEDI?**

Die Verwaltungskosten werden wie folgt berechnet:

1. HZV-Leistungen: Die Verwaltungskostenpauschale beträgt für Mitglieder im Hausärzteverband Baden-Württemberg sowie für Mitglieder des MEDI Verbundes reduziert 3 %, für Nicht-Mitglieder 5 %.

2. DMP-Einzelleistungen: Die DMP-Verwaltungskostenpauschale beträgt 2,34%. Die DMP-Verwaltungskosten werden durch die AOK Baden-Württemberg einbehalten und an die KV Baden-Württemberg weitergereicht. Die HÄVG erhält für die Abrechnung der DMP-Leistungen keine Verwaltungskosten.

[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](http://www.hausaerzteverband.de) abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen 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 HÄVG 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](#)

## **Was ist bei der Übermittlung von Diagnosen zu beachten?**

Der Arzt muss gemäß Anlage 12 bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt alle behandlungsrelevanten Diagnosen elektronisch dokumentieren und an das HÄVG Rechenzentrum übermitteln. Sind pro behandlungsrelevanter Diagnose mehrere Arzt-Patienten-Kontakte notwendig, reicht die einmalige Dokumentation aus. Für die Übermittlung der Abrechnung ist pro abzurechnendem Versicherten mind. eine gesicherte (G) und endstellige (kein Bindestrich an der letzten Stelle des ICD-10-Codes) ICD-10 Diagnose zu übermitteln.

[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](#)

## **Ist für einen HZV Versicherten eine Praxisgebühr zu erheben**

Nein, analog zu Regelversorgung wird auch bei HZV Patienten seit dem 01.01.2013 keine Praxisgebühr mehr erhoben.

[Zurück](#)

## **Was bedeutet „Zielauftrag HZV“?**

Überweist ein HZV-Arzt einen Patienten an einen HZV-Kollegen, der eine nicht obligatorische hausärztliche Leistung gemäß Ziffernkranz erbringt, erhält 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 grundsätzlich angestrebt, die eingeschriebenen Patienten innerhalb der HZV zu behandeln.

[Zurück](#)

## **5. 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 neben den Teilnahmevoraussetzungen, die u. a. eine apparative Mindestausstattung (EKG, Blutzuckermessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung) vorschreiben, auch weitere Pflichten des teilnehmenden Hausarztes:

- Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie
- Erfüllung spezieller Fortbildungspflichten
- Behandlungen nach evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien
- Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)
- Nachweis der Qualifikation z. B. für Psychosomatik und zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

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](#)

## **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 Hausärztemangel 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. Im Weiteren werden kontinuierlich Arzt- und Patientenbefragungen durchgeführt bzw. durch die Vertragspartner in Auftrag gegeben. 2012 wurde für die HZV eine umfangreiche Evaluation durch die Universitäten Frankfurt a. M. und Heidelberg durchgeführt.

[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.

[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 § 73c SGB V aus. Der erste besondere ambulante Facharztvertrag nach § 73c SGB V für den Versorgungsbereich Kardiologie wurde am 10.12.2009 abgeschlossen und startete Ende März 2010 für die HZV-Versicherten der AOK Baden-Württemberg. Im Juli 2010 wurde der Vertrag nach §73c SGB V zur Gastroenterologie unterzeichnet, über den ab dem 1. Januar 2011 auch am AOK-Facharztprogramm teilnehmende Versicherte versorgt werden. Seit 1. Juli 2012 ist das AOK-Facharztprogramm um das Modul Psychotherapie ergänzt worden. Quartal 1-2013 ist das erste Behandlungsquartal für die Module Neurologie und Psychiatrie.

## **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](#)

## **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](#)