



Fragen und Antworten (FAQs)

Weiterentwicklungen im Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) mit der AOK Baden-Württemberg Stand 08.05.2013

1. Kann das **VERAHmobil** nur im Rahmen der Praxistätigkeit genutzt werden oder auch privat?

Das **VERAHmobil** kann von der VERAH im Rahmen der im Leasingvertrag genannten Modalitäten (z. B. Jahreskilometerleistung insgesamt 20.000) auch privat genutzt werden.

2. Ich habe eine VERAH in der Ausbildung. Kann ich ein **VERAHmobil** beantragen und den Zuschlag in Höhe von 100 EUR pro Monat erhalten?

Nein, zum Antrag muss die VERAH bereits in Anstellung in der Praxis arbeiten. Ausnahme: Sollte eine VERAH die Praxis verlassen, wird der Zuschlag max. im Quartal des Ausscheidens sowie das darauf folgende Quartal vergütet. Kann der HAUSARZT bis zu diesem Zeitpunkt nicht nachweisen, dass er eine neue VERAH angestellt oder eine MFA zur VERAH-Ausbildung angemeldet hat (Meldeformular zum Schulungstermin), werden die Zuschlagszahlungen für das **VERAHmobil** eingestellt. Die Leasingraten sind dann vom HAUSARZT in voller Höhe selbst zu entrichten.

3. Wie kann ich mich über das **VERAHmobil** informieren?

Auf der Homepage www.verahmobil.de finden Sie alle wichtigen Informationen rund um dieses Angebot.

4. Bei welchem Autohaus kann ich den Leasingvertrag für das **VERAHmobil** abschließen?

Der Leasingvertrag kann ausschließlich mit dem Autohaus Gehlert GmbH & Co. KG in Freiburg abgeschlossen werden.

5. Wie viele Leasingverträge kann ich abschließen?

Pro Praxis können mehrere Leasingverträge für ein **VERAHmobil** mit dem o.g. Autohaus geschlossen werden, der Zuschlag **VERAHmobil** kann jedoch nur für ein **VERAHmobil** pro Praxis (BSNR einschließlich zugehöriger NBSNR) gewährt werden, unabhängig von der Anzahl der vorhandenen VERAH-Stellen und HAUSÄRZTE bzw. Ärztinnen/Ärzte in der Praxis.

6. Welche Chancen habe ich, die Arzneimittelquoten nach der Umstellung zu erreichen?

Durch die Erweiterung des Prozentkorridors bei Grün und Rot können im Vergleich zum Ist-Zustand bis zu doppelt so viele HAUSÄRZTE eine Quote erreichen, mit weiteren Anstrengungen bei der Verordnung sind auch noch höhere Erreichungsgrade möglich.

7. Was bedeutet Nec-Aut-idem und was bedeutet das konkret für meine Verordnungstätigkeit im HZV-Vertrag?

Apotheken können bei der Abgabe von Arzneimitteln ggf. auf rabattierte Präparate umsteuern, wenn ein nichtrabattiertes verordnet wurde, sofern der Arzt **nicht** das Aut-idem-Feld angekreuzt hat. Hat er es angekreuzt, spricht man von Nec-Aut-idem – dann ist keine Substitution durch die Apotheken möglich. Die Vertragspartner empfehlen, möglichst wenig Kreuze zu setzen, um die Umsteuerbarkeit in der Apotheke zu ermöglichen. Ist der Anteil der Verordnungen, bei denen der Austausch grundsätzlich ausgeschlossen wurde (Nec-Aut-idem) kleiner oder gleich 5 %, kann der neue Zuschlag in Höhe von 1 EUR auf P2 ausgelöst werden, sofern nicht bereits eine der beiden Grünquoten erreicht wurde.

8. Warum wurden nur die Grün- und Rot-Quoten geändert, nicht aber die Blau-Quote?

Die Blauquote wird prozentual bereits von mehr HAUSÄRZTEN erreicht als die anderen Quoten und daher als adäquat angesehen. Insbesondere bei Grün und Rot sehen die Vertragspartner noch Effizienzpotenzial und haben daher die Quoten deutlich attraktiver gestaltet.

9. Was wird beim AOK-Gesundheitscheck vom HAUSARZT erwartet?

Die HZV soll auch für junge Menschen attraktiver werden, daher haben die Vertragspartner mit dem AOK-Gesundheitscheck eine Leistung geschaffen, die auf Versicherte von 18-34 Jahren zugeschnitten ist:

Erhebung der anamnestischen Daten mittels Patientenfragebogen und Checkliste für MFA/HAUSARZT mit dem Schwerpunkt

- **Motivationale Beratung** (Primär /Sekundärprävention)
- **Primärprävention** (Maßnahme, die vor dem Erstauftreten eines unerwünschten Zustands durchgeführt werden)
- **Sekundärprävention:** (Krankheitsfrüherkennung/ -eindämmung).

Erkennen von riskantem Gesundheitsverhalten und Motivation für Gesundheitsbewusstsein. Die motivationale Beratung gestaltet sich hierbei in Abhängigkeit der Veränderungsbereitschaft des Patienten. Ziel ist es, mit dem Patienten gemeinsam Pläne zu machen und die Selbstverpflichtung zu stärken, um eine Lebensstiländerung langfristig herbeiführen zu können. Hierzu gehört auch die Einsteuerung in die AOK-Gesundheitsangebote, Präventionsempfehlungen und die Bereitschaft, durch geeignete Medien den Patienten zu informieren (Patientenbroschüren usw.).

Die Leistung dient der Einschreibung von jungen Versicherten in die HZV und hat zur Voraussetzung, dass der Versicherte spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, in der HZV wirksam eingeschrieben ist. Sie kann pro Arzt-Patient einmalig abgerechnet werden und wird im Rahmen der ersten HZV-Abrechnung für den jeweiligen Patienten vergütet.

10. Warum kommt die Multimorbiditätspauschale erst zum 1. Oktober 2013?

Für die Umsetzung müssen prozessuale Vorarbeiten getroffen werden. Dies war technisch bis zum 1. Juli nicht möglich. Es werden die Diagnosen aus 18 Krankheitsbereichen (z. B. Chronische Nierenkrankheit, Chronischer Schmerz, Diabetes Mellitus mit Komplikationen, Chronische Erkrankungen der Lunge, Metastasen, Dekubitus) zu Grunde gelegt. Wird mindestens jeweils 1 Diagnose aus 3 unterschiedlichen Gruppen endstellig verschlüsselt, wird der Zuschlag in Höhe von 15 EUR vergütet.

11. Warum haben die Vertragspartner mit der Vergütungsnevereinbarung so lange gewartet?

Die Vergütung in der HZV ist seit Beginn um bis zu 30 % höher als in der Regelversorgung. Zudem wurden kontinuierlich neue Leistungen eingeführt, die insbesondere bei dem Wechsel von Versicherten zwischen HZV-Ärzten prozessuale Schwächen gelöst haben (z. B. Vertretungsfall im Pflegeheim) oder besonderes Engagement der HAUSÄRZTE fördern (z. B. Zuschlag VerbundweiterbildungPlus oder Behindertenheim-Zuschlag). Mit den neuen Vergütungen, die ab 1. Juli 2013 gelten, sowie den später beginnenden Vertragsleistungen wird der Abstand zur Regelversorgung nochmals vergrößert.

12. Was wird erwartet, wenn der Kooperationszuschlag abgerechnet wird?

Die Kooperation zwischen den Arztgruppen ist zentral für das Gelingen und Ineinandergreifen der Selektivverträge. Insofern ist die wirkungsvolle Kooperation den Vertragspartnern ein zentrales Anliegen. Austausch mit 73c-Fachärzten und -Therapeuten soll gefördert und Aufwände – z. B. der strukturierte Informations- und Befundaustausch – zusätzlich honoriert werden.

13. Wie oft wird die Pauschale für Pflegeheimbewohner vergütet?

Die Pauschale für HZV-Versicherte in Pflegeheimen kann einmal pro Quartal vergütet werden in Höhe von 15 EUR.

14. Wie funktioniert die Abrechnung der Pflegeheimpauschale?

Die Pflegeheimpauschale kann mit der neuen GOP 0008 einmal im Quartal abgerechnet werden.

15. Was ändert sich bei der Vertretungspauschale?

Die Pauschale wird von 12,50 EUR auf 20 EUR angehoben. Die Rahmenbedingungen der Vertretung im HZV-Vertrag bleiben die gleichen.

16. Wenn zunehmend jüngere Versicherte der AOK in den HZV-Vertrag eingeschrieben werden, welchen zusätzlichen Nutzen können wir nennen?

Für alle HZV-Versicherten zwischen 12 und 17 Jahren sind ab 1. Juli vom HZV-Arzt verordnete OTC-Arzneimittel kostenfrei.

17. Wie stellen sich die Vertragspartner das hausärztliche Fallmanagement für Schwerstkranke vor?

Die Zielrichtung ist klar: Für schwerstkranke und multimorbide Patienten soll durch ein spezielles Case-Management stationäre Aufenthalte vermieden werden. Neben speziellen Schulungen für die VERAHs für diese Aufgabe werden die Vertragspartner dabei unterstützen, die richtigen Versicherten hierfür zu finden. Für dieses intensive Case-Management werden 80 EUR pro Quartal und Case-Fall vergütet. Die technischen und prozessualen Rahmenbedingungen werden derzeit sukzessive aufgebaut, damit dieser Versorgungsbaustein 2014 steht. Wir werden Sie hierzu weiterhin auf dem Laufenden halten.