

"Hausarztzentrierte Versorgung" (HZV) BKK.Mein Hausarzt

Stand 01.06.2010

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 versprechen sich die beteiligten Betriebskrankenkassen von der HZV?	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?.....	7
2. Teilnahmevoraussetzungen und Nutzen für Hausärzte	7
Welchen Nutzen hat der Hausarzt von der HZV?.....	7
Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt bei Beginn der Teilnahme erfüllen?	7
Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt im Laufe der HZV-Teilnahme noch erfüllen? ..	8
Ab wann beginnt eine HZV-Teilnahme für den Hausarzt?.....	8
Ist die Teilnahme an der HZV für Hausarzt oder Patient verpflichtend?	8
Wie funktioniert die Einschreibung des Hausarztes?.....	8
Gibt es Vertragsschulungen?.....	9
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?.....	10
Können Kinder und Jugendliche teilnehmen?	10
Wo kann sich der Patient in das „BKK.Mein Hausarzt“-Programm einschreiben?	10
Ab wann beginnt eine Teilnahme am „BKK.Mein Hausarzt“-Programm für einen Versicherten?.....	10
Entstehen dem Versicherten zusätzliche Kosten durch die Teilnahme?.....	11
Sind für Patienten, die nicht teilnehmen wollen, Einschränkungen zu befürchten?	11
Wird die freie Arztwahl des Patienten eingeschränkt?.....	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?	12
Was passiert, wenn ein Patient nicht seinen gewählten Hausarzt bzw. einen Facharzt ohne Überweisung aufsucht?	12
Was ist bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu beachten?.....	12
4. Vergütungssystem.....	13
Wie sieht die Vergütungssystematik für die Ärzte in der HZV aus?.....	13
Welche Pauschalen werden wie honoriert?	13
Was beinhalten die Zuschläge?	13
Bekommt der Hausarzt in der HZV mehr als im bisherigen System?	14
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?.....	15
Warum sind Vertretungen lediglich mit 17,50 EUR vergütet?.....	15
Setzt die Auszahlung der Pauschale P2 den Einzug der Praxisgebühr voraus?	15
Bleibt die bereits bestehende Befreiung von der Praxisgebühr für Patienten, die in DMP eingeschrieben sind, erhalten?	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?	16
Was ändert sich bei den Überweisungen für eingeschriebene 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
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?	17
Ein Arzt in einer Gemeinschaftspraxis hat die Sonderzulassung Psychotherapie. Wie ist damit zu verfahren?	17
Wie werden Psychosomatik-Leistungen abgerechnet?	18
Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV sind?	18
Wie sind Impfungen innerhalb der HZV zu dokumentieren?.....	18
Wie erfolgt die Abrechnung der Impfungen?	18
Ist eine Abrechnung der DMPs für HZV-Patienten innerhalb der HZV möglich?	18
Gibt es eine feste Quote für die Einschreibung von Patienten in DMPs?	18
Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen?	19
Gibt es für Gemeinschaftspraxen mit zwei Ärzten wie bei der KV-Abrechnung einen Budget-Aufschlag von 10 Prozent als Ausgleich für Überschneidungen der Behandlung?.....	19
Wie werden Hausbesuche verrechnet?.....	19
Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“?	19
Warum wurde die Vergütungssystematik nicht nach Altersklassen gestaffelt?.....	19
Ist bei im Einzelfall aktuell höherem Fallwert zu befürchten, dass Selektion betrieben wird (z.B. dass allein Chroniker in die HZV eingeschrieben werden)?	20
Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag?	20
5. Abrechnung und Finanzierung	20
Wie wird der Vertrag finanziert?	20
Wie erfolgt die Bereinigung?	20
Ist die Bereinigung nicht ein Nullsummenspiel?	20
Welche Institution übernimmt die Abrechnung für die HZV?	21
Was ändert sich bei der Abrechnung über die HÄVG?.....	21
Ist die Höhe der Verwaltungskostenpauschale abhängig von der Mitgliedschaft beim Hausärzterverband oder bei MEDI?	21
Welche Software ist für den Vertrag erforderlich?	21
Wie sieht der Datenfluss konkret aus?	22
Wird es einen „gläsernen Arzt“ geben, wenn die Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung und Dokumentation umgesetzt wird?	22
Wie wird der ärztliche Notdienst im Rahmen der HZV sichergestellt?	22

Wann ist für eingeschriebene Patienten die Praxisgebühr zu erheben?.....	22
6. Qualitätssicherung und sonstige Fragen.....	23
Wie wird die Qualität des Vertrages gesichert?.....	23
Wie trägt der HZV-Vertrag zu einer besseren medizinischen Versorgung bei?	23
Welche gesetzlichen Anforderungen müssen vom Hausarzt erfüllt werden?	23
Wie wirkt sich die HZV für den Hausarztberuf aus?	23
Wie wird der Vertrag evaluiert?	24
Wie ist die Therapiefreiheit der Hausärzte geregelt?.....	24
Gibt es eine Weiterentwicklung des Vertrages im Bezug auf die psychosoziale Kompetenz der Hausärzte?	24
Wird der HZV-Vertrag das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten verschlechtern?.....	24
Welche Voraussetzungen muss eine Arzthelferin erfüllen, um an der Fortbildung „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH“ teilnehmen zu können?	24
Sind die Einkünfte aus dem HZV-Vertrag umsatzsteuerpflichtig?.....	25

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 die psychosomatische Betreuung und eine bessere Zusammenarbeit zwischen den teilnehmenden Betriebskrankenkassen und dem Hausarzt Schwerpunkte der BKK HZV.

[Zurück](#)

Wer sind die Vertragspartner der HZV?

Die HZV-Verträge mit der BKK-VAG und Bosch BKK BW sind inhaltsgleich. Vertragspartner sind:

- Die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg (VAG)
- die teilnehmenden Betriebskrankenkassen (Liste siehe Anlage 13 zum Vertrag „Teilnehmende Betriebskrankenkassen“)
- die Bosch BKK (eigener Vertrag)
- der Deutsche Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V. (Hausärzteverband)
- der MEDI Baden-Württemberg e.V. (MEDI e.V.)
- die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG),
- die MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH (MEDIVERBUND)
- **und die teilnehmenden Hausärzte.**

[Zurück](#)

Was sind die gemeinsamen Zielsetzungen der Vertragspartner?

Die Vertragspartner verfolgen die aufgeführten Ziele, für deren Erreichung der Vertrag die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen hat:

1. Qualitätsgesicherte und leitlinienorientierte Behandlung;
2. Hohe Patientenzufriedenheit durch die besondere „Lotsenfunktion“ des Hausarztes und die verbesserten Serviceangebote;
3. Koordination und Steuerung der gesamten Behandlung durch den Hausarzt;
4. Sachgerechte Überweisung zum Facharzt und weiteren Leistungserbringern;
5. Vermeidung von Doppeluntersuchungen;
6. Rationale Pharmakotherapie;
7. Verringerung der Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen durch Verbesserung der Zusammenarbeit;
8. Steuerung der stationären Behandlung und Vermeidung von Rehospitalisierungen;
9. Effizienter Einsatz der Ressourcen.

[Zurück](#)

Was versprechen sich die beteiligten Betriebskrankenkassen von der HZV?

Die Betriebskrankenkassen wollen die hausärztliche Versorgung zusammen mit den Vertragspartnern weiter-entwickeln. Damit kommen die Betriebskrankenkassen den Anforderungen des Gesetzgebers im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) nach. Die Betriebskrankenkassen wollen 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 unnötige Kosten vermieden werden. Die Betriebskrankenkassen schaffen für die teilnehmenden Hausärzte eine attraktive und einfache Vergütungsstruktur und versprechen sich eine bessere Ergebnisqualität, höhere Zufriedenheit von Patienten und Ärzten sowie wirtschaftlich und medizinisch effizientere Handlungsweisen.

[Zurück](#)

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

Die KV Baden-Württemberg ist kein Vertragspartner im Rahmen der HZV. Der Notfalldienst wird jedoch weiterhin für eingeschriebene BKK-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. Dies gilt auch für Behandlungsfälle im Urlaub bzw. an einem anderen Ort außerhalb Baden-Württembergs. Des Weiteren gibt es mit der KV 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 bis zum 30. Juni 2013 vereinbart. Hausärzterverband und MEDIVERBUND synchronisieren die Laufzeiten aller HZV-Verträge nach Möglichkeit. Die Vertragspartner gewinnen durch die lange Laufzeit eine hohe Planungssicherheit, ohne dass der einzelne Hausarzt gezwungen ist, sich für die gesamte Zeitspanne an die HZV zu binden. Hierzu gibt es für den Hausarzt 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, die die vertraglichen Voraussetzungen erfüllen sowie alle Versicherten der beteiligten Betriebskrankenkassen (Liste siehe Anlage 13 zum Vertrag „Teilnehmende Betriebskrankenkassen“) mit Wohnsitz in Baden-Württemberg (siehe Anlage 15 zum Vertrag „Geltungsbereich: Wohnsitz“), die sich bei ihrem gewählten HZV-Hausarzt in das „BKK.Mein Hausarzt“ Programm 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 Mengengrenzung.

[Zurück](#)

2. Teilnahmevoraussetzungen und Nutzen für Hausärzte

Welchen Nutzen hat der Hausarzt von der HZV?

Die wesentlichen Vorteile für den teilnehmenden Hausarzt sind:

1. 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.
2. Der Hausarzt erhält eine deutlich attraktivere, transparentere und planungssichere Honorierung, weil sie auf Euro-Basis und nicht auf Punktwerten beruht, und keine Fallzahlzuwachsbeschränkung vorgesehen ist.
3. Der Vertrag erleichtert die Abrechnungs- und Dokumentationsprozesse und führt zu erheblicher Zeitersparnis. Dies entlastet den Hausarzt und kommt dem Patienten zugute.

[Zurück](#)

Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt bei Beginn der Teilnahme erfüllen?

Der Hausarzt muss bei Beginn der Teilnahme folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a) Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V;
- b) Zulassung, Praxissitz und Hauptbetriebsstätte (Vertragsarztsitz) in Baden-Württemberg;
- c) eine apparative Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, Langzeit-Blutdruckmessung (auch in Apparategemeinschaft), EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung);
- d) Ausstattung mit einer gemäß § 11 des HZV-Vertrags zugelassenen und benannten Software;
- e) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung der Praxis (DSL (empfohlen) oder ISDN);
- f) aktive Teilnahme an DMP (Diabetes Typ II, KHK, COPD);
- g) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (auch Praxissoftware oder PVS genannt);
- h) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät);
- i) Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage des Hausärzterverbandes, der HÄVG, der VAG und der Betriebskrankenkassen.

[Zurück](#)

Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt im Laufe der HZV-Teilnahme noch erfüllen?

Der Hausarzt muss an strukturierten Qualitätszirkeln, die auch indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module beinhalten, teilnehmen und gemäß § 95 d SGB V Fortbildungen zu hausarzttypischen Behandlungsproblemen (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 eine wöchentliche Früh- oder Abendterminsprechstunde (ab 7 Uhr bzw. bis 20 Uhr) oder eine Samstagssprechstunde für berufstätige HZV-Patienten. Die Qualifikationen in den Bereichen Psychosomatik müssen ab dem 01. Januar 2012 nachgewiesen werden. Die Qualifikation zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen spätestens 12 Monate nach Teilnahmebeginn (gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte) nachgewiesen werden. Diese Fristverlängerung wurde nachträglich mit den Vertragspartnern beschlossen.

[Zurück](#)

Ab wann beginnt eine HZV-Teilnahme für den Hausarzt?

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

[Zurück](#)

Ist die Teilnahme an der HZV für Hausarzt oder Patient verpflichtend?

Nein. Die Teilnahme an der HZV ist sowohl für den Hausarzt als auch für den Versicherten freiwillig.

[Zurück](#)

Wie funktioniert die Einschreibung des Hausarztes?

Der Vertragstext und alle Anlagen des Vertrages sind auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht. Es sind zusätzlich „Infopakete“ mit den Vertragsunterlagen an alle Hausärzte in Baden-Württemberg versendet worden. Sobald der Hausarzt seine Teilnahme an der HZV mittels der Teilnahmeerklärung beantragt hat, erhält er bei Erfüllung aller Teilnahmevoraussetzungen von der Dienstleistungsgesellschaft (HÄVG) eine schriftliche Teilnahmebestätigung per Fax, anschließend ein „Starterpaket“ mit Patienteninformationen für die Versicherten.

[Zurück](#)

Gibt es Vertragsschulungen?

Eine verpflichtende Vertragsschulung für Hausarzt und Helferin ist im BKK HZV-Vertrag nicht vorgesehen. Fragen zum Vertrag und seiner Umsetzung beantworten gerne der Hausärzterverband, die HÄVG und der MEDIVERBUND. Zusätzlich werden MFA-Schulungen, insbesondere zu vertragsspezifischen Inhalten durchgeführt. Weiterhin soll der Erfahrungsaustausch der HZV-Ärzte durch regelmäßig stattfindende Treffen („Stammtische“) gefördert werden. Informationen hierzu werden auf der Webseite www.hausarzt-bw.de veröffentlicht.

[Zurück](#)

Ist eine Vertragsteilnahme auch in Praxen ohne medizinische Fachangestellte möglich?

Ja. Selbstverständlich ist auch hier eine Vertragsteilnahme möglich.

[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 (Akut)-Sprechstunden (Mo.-Fr.) und eine Früh- oder Abendterminsprechstunde pro Woche (ab 7 Uhr bzw. bis 20 Uhr) oder eine Samstagssprechstunde für Berufstätige angeboten. Durch den geringeren Verwaltungsaufwand des Hausarztes entstehen Zeitreserven, die dem Patienten direkt zugute kommen und eine höhere Zufriedenheit auf beiden Seiten mit sich bringen. Zusätzlich hat der HZV-Versicherte folgende weitere Serviceangebote:

- bei vorab vereinbarten Terminen ist die Wartezeit grundsätzlich auf max. 30 Minuten zu begrenzen (längere Wartezeiten können durch Notfälle und unvorhergesehene Umstände entstehen),
- Abstempeln eines Bonusheftes, sofern Leistungen betroffen sind, die vom Hausarzt erbracht wurden,
- Überprüfung des Impfstatus,
- Taggleiche Behandlung von akuten Fällen
- Vereinbarung von notwendigen Terminen bei Fachärzten und Krankenhäusern durch die Arztpraxis in dringenden Fällen und bei Krankheiten, die absehbar zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung führen können.

Wenn eine Betriebskrankenkasse im Rahmen der HZV Teilnahme seine Versicherten von der Praxisgebühr befreit, erhalten diese einen Befreiungsausweis der in der Praxis vorzulegen ist.

[Zurück](#)

Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?

Teilnahmebedingungen für die Patienten an der HZV sind der Wohnsitz in Baden-Württemberg (Anlage 15) und eine gültige Versicherung bei einer teilnehmenden Betriebskrankenkasse (Anlage 13). 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, Kinder- und Augenärzte sowie Notfälle). Hausarztwechsel 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 „BKK.Mein Hausarzt“-Programm teilnehmen, sofern sie nicht in einen anderen Hausarztvertrag eingeschrieben sind. Das Kind oder der Jugendliche bzw. dessen Erziehungsberechtigte wählen einen Hausarzt aus, der ihre Versorgung koordiniert.

[Zurück](#)

Wo kann sich der Patient in das „BKK.Mein Hausarzt“-Programm einschreiben?

Die Versicherten können online unter www.hausarzt-suche.de die teilnehmenden Hausärzte in ihrer Nähe finden. Selbstverständlich hilft ihre Betriebskrankenkasse gerne bei der Suche.

Die Versichertenteilnahme wird in der Praxis über die Vertragssoftware beantragt. Die Versicherten schreiben sich dort bei ihrem gewählten Hausarzt in die HZV ein. Es gibt zwei Formulare, eines erhält der Patient, eines verbleibt beim Hausarzt. Auf beiden Teilnahmeformularen unterschreiben sowohl der Hausarzt als auch der Versicherte. Mit Hilfe der Vertragssoftware übermittelt der Hausarzt im letzten Schritt die Einschreibedaten des Versicherten Online an das HÄVG Rechenzentrum.

[Zurück](#)

Ab wann beginnt eine Teilnahme am „BKK.Mein Hausarzt“-Programm für einen Versicherten?

Die Teilnahme für einen Versicherten beginnt frühestens zum nächsten Quartalsbeginn. Die Einschreibefristen für das jeweils nachfolgende Quartal sind: 1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November. Der Versicherte erhält von seiner Betriebskrankenkasse 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 „BKK.Mein Hausarzt“-Programm 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 Hausarzt rechnet die entsprechenden Leistungen über die KV ab.

[Zurück](#)

Wird die freie Arztwahl des Patienten eingeschränkt?

Der Versicherte kann sich seinen HZV-Hausarzt frei auswählen, ist dann aber für mindestens 12 Monate an ihn gebunden. Der gewählte Hausarzt kann danach nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (z. B. Umzug des Hausarztes oder des Versicherten, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis). 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 Betriebskrankenkasse. 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 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.

[Zurück](#)

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

Der Vertrag erlaubt es dem HZV-Versicherten, Gynäkologen, Kinderärzte und Augenärzte direkt, d. h. auch ohne Überweisung, aufzusuchen. Dies gilt selbstverständlich auch für Notfälle. Wenn der Versicherte durch einen Facharztbesuch ohne Überweisung gegen vertragliche Bestimmungen vorsätzlich verstößt, kann bei wiederholten Verstößen der Ausschluss aus dem „BKK.Mein Hausarzt“-Programm erfolgen. Regelungen für Vertretungsfälle, z. B. Urlaub des Hausarztes, sind zwischen den Vertragspartnern so festgesetzt, dass den Versicherten keine Nachteile entstehen (z. B. bei der Praxisgebühr).

[Zurück](#)

Was ist bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu beachten?

Ab dem 01.10.2010 sollen die Versicherten, die ein bestimmtes, wiedereinsatzbares Hilfsmittel verordnet bekommen, dazu angehalten werden sich mit ihrer jeweiligen Betriebskrankenkasse in Verbindung zu setzen. Diese kümmert sich um die gesamte Abwicklung.

Weitere Vorteile für den Patienten sind:

- Versorgung innerhalb kürzester Zeit
- Qualifizierte Beratung
- Lieferung und Anpassung bei Bedarf auch zuhause
- Versorgung durch ausgewählte Vertragspartner

[Zurück](#)

4. Vergütungssystem

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

Die neue Vergütungssystematik besteht aus 4 wesentlichen Vergütungsbausteinen pro eingeschriebenem Versicherten. Der an der HZV teilnehmende Hausarzt erhält Honorar für das Erbringen hausärztlicher Versorgungsleistungen in einem vertraglich vereinbarten Rahmen. Für diese Leistungen sind Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen, 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)	Zuschläge, Einzelleistungen

[Zurück](#)

Welche Pauschalen werden wie honoriert?

Die kontaktunabhängige Jahrespauschale pro eingeschriebenem Versicherten (P1) wird mit 65,00 EUR pro Jahr vergütet. Die kontaktabhängige Quartalspauschale (P2) beträgt 40,00 EUR pro Quartal. Es erfolgt eine Verrechnung der ersten P2 mit P1. 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 30,00 EUR pro Quartal.

Im Vertretungsfall erhält der Vertreterarzt eine Pauschale von 17,50 EUR pro Quartal. Kann eine Leistung (z.B. Akupunktur) vom Betreuerarzt nicht erbracht werden, kann dieser einen Zielauftrag an einen ebenfalls an der HZV teilnehmenden Hausarzt, der diese Leistung anbietet, stellen. Der ausführende Arzt erhält hierfür eine Zielauftragspauschale in Höhe von 17,50 EUR pro Zielauftrag.

[Zurück](#)

Was beinhalten die Zuschläge?

Es gibt ergebnisabhängige Zuschläge auf P2 nach Erreichen von Zielerreichungsquoten für Arzneimittelverordnungen (Pharmakotherapie). Für VERAH¹-Fachpersonal in der Praxis wird ein Zuschlag auf P3 in Höhe von 5,00 EUR gezahlt. Auch für die Durchführung von Präventi-

¹ 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.

ons-Leistungen, wie z.B. Hautkrebsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung erfolgt max. einmal pro Quartal eine zusätzliche Vergütung in Höhe von 4,00 EUR.

[Zurück](#)

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

Mit den im Vertrag geregelten Behandlungspauschalen, Qualifikationszuschlägen und ergebnisabhängigen Vergütungsbestandteilen können die teilnehmenden Hausärzte 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 Hausärzte die Verantwortung für eine gleichermaßen qualitätsvolle wie wirtschaftliche Versorgung.

[Zurück](#)

Wie ist die Vertretung geregelt?

Grundsätzlich kann jeder HZV-Hausarzt jeden anderen HZV-Hausarzt vertreten. Voraussetzung ist die Teilnahme am jeweils gleichen HZV-Vertrag. Die HZV-Versicherten werden durch ihren HZV-Arzt über die Vertretungsmodalitäten informiert. Vertritt ein HZV-Hausarzt seinen Kollegen, so bekommt der Vertreter die vertraglich definierte Vertreterpauschale von 17,50 EUR je Quartal. In den ersten zwei Versorgungsquartalen (2. und 3. Quartal 2010) 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 im Rahmen der HZV ausgelöst, wenn für die Behandlung des Versicherten kein Zielauftrag und keine Überweisung vorliegt. Der behandelnde Hausarzt muss am HZV-Vertrag teilnehmen und darf nicht der gewählte Hausarzt des Versicherten sein. Der Vertreter hat sich vor Erbringung der Leistung zu vergewissern, dass es sich 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?

Nein, innerhalb einer Gemeinschaftspraxis entsteht kein Vertretungsfall. Das Honorar (P2) für die Behandlung des Patienten erhält stets der gewählte HZV-Arzt. Die Verrechnung untereinander obliegt den Praxispartnern.

[Zurück](#)

Welcher ärztliche Vertreter kann während der Urlaubszeit benannt werden?

Während der Urlaubszeit ist die Vertretung ähnlich der derzeit geltenden KV-Regelung definiert. Für die Teilnahme an der Vertretungsregelung ist erforderlich, dass der vertretende Hausarzt an der HZV teilnimmt. Im Vertretungsfall erhält dieser einmal pro Abrechnungsquartal eine Vertretungspauschale in Höhe von 17,50 EUR. Innerhalb der ersten zwei Versorgungsquartale (2. und 3. Quartal 2010) 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 17,50 EUR vergütet?

Die Vertreterpauschale ist Ergebnis einer Mischkalkulation aus den anderen Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen. Die Vertretung im Urlaubsfall gehört zur hausärztlichen Tätigkeit und wird grundsätzlich durch die Pauschale abgedeckt. Trotzdem wird zusätzlich eine Vergütung von 17,50 EUR pro Vertreterfall gewährt, die weder abgestaffelt noch sonst in anderer Weise reduziert wird.

[Zurück](#)

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

Nein, die Auszahlung der Pauschalen ist nicht an den Einzug der Praxisgebühr gekoppelt. Auch rein präventive Leistungen lösen die 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. Sie sind unter der Abrechnungsziffer 80040 hinterlegt.

[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. Die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U10 und J1 sind in der Pauschale enthalten. Kleine operative Eingriffe und primäre Wundversorgung bei Kindern können als Einzelleistung abgerechnet werden. Dem Hausarzt steht es frei, einen Zielauftrag an einen an der HZV teilnehmenden Kinderarzt zu erteilen.

[Zurück](#)

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

Ja, der Hausarzt kann für fachärztliche Leistungen (Kinderpneumologie, -kardiologie, -chirurgie etc.), die ein an der HZV teilnehmender Kinderarzt erbringt, einen Zielauftrag ausstellen.

[Zurück](#)

Was ändert sich bei den Überweisungen für eingeschriebene Patienten?

Für eingeschriebene Patienten ist die Veränderung minimal. Denn mehr als 90% der Patienten suchen schon jetzt freiwillig den Hausarzt auf, wenn sie eine Überweisung zur fachärztlichen Weiterbehandlung benötigen. In der HZV ist es für alle eingeschriebenen Patienten verpflichtend, sich vor der fachärztlichen Behandlung eine Überweisung vom 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?

Überweisungen im Rahmen der HZV werden mittels der Vertragssoftware ausgestellt. Erfolgt eine Überweisung innerhalb der HZV, handelt es sich um einen Zielauftrag. 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 17,50 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 17,50 EUR 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 eine Sonographie durchführen, erhalten hierfür eine Vergütung als Einzelleistung. Für die Schilddrüsen-Sonographie erhält der behandelnde Hausarzt 11,00 EUR, für die Abdominelle Sonographie erhält der behandelnde Hausarzt 21,00 EUR (max. 2 Mal pro Quartal).

Für innerhalb der HZV überwiesene Patienten gilt die Zielauftragspauschale von 17,50 EUR je Zielauftrag. Die Einzelleistungen bleiben davon unberührt. Bei Vertretungsfällen gilt die Vertreterpauschale von 17,50 EUR je Quartal.

[Zurück](#)

Werden Chirotherapie und das Belastungs-EKG extra vergütet?

Wird die Chirotherapie durch den Hausarzt durchgeführt, ist eine zusätzliche Vergütung im Rahmen der HZV nicht vorgesehen. Überweist der Hausarzt den Patienten zur Durchführung einer Chirotherapie an einen an der HZV teilnehmenden Hausarzt, erhält dieser aus dem HZV-Vertrag die Zielauftragspauschale. Das Belastungs-EKG wird als Einzelleistung mit 26,00 EUR vergütet.

[Zurück](#)

Wie werden Langzeitmessungen (Blutdruck, EKG) abgerechnet?

Die Langzeitmessungen sind in der Pauschale enthalten. Das Belastungs-EKG hingegen ist als Einzelleistung definiert und wird mit 26,00 EUR vergütet.

[Zurück](#)

Wie werden Ultraschall-Untersuchungen abgerechnet?

Ultraschall-Untersuchungen sind, Einzelleistungen, soweit es sich um Schilddrüsen- oder abdominelle Ultraschall-Untersuchungen handelt. Diese können mit 11,00 EUR (Schilddrüsen-Sonographie) bzw. 21,00 EUR (abdominelle Sonographie) abgerechnet werden.

[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 3 des HZV-Vertrages (Ziffernkranz) entsprechend aufgeführt sind, in den Pauschalen enthalten. Alle übrigen Laborziffern werden per Überweisung über das Fachlabor angefordert.

[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 er-

bracht werden, werden vom Vertrag nicht abgedeckt. Die Abrechnung der Psychotherapie erfolgt über die KV.

[Zurück](#)

Wie werden Psychosomatik-Leistungen abgerechnet?

Eine differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände kann als Einzelleistung mit 20,00 EUR abgerechnet werden. Die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen wird ebenfalls mit 20,00 EUR vergütet.

[Zurück](#)

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

Leistungen, die nicht Gegenstand der HZV sind (die nicht im HZV-Ziffernkranz gemäß Anhang 1 zu Anlage 3 enthalten sind), werden im Rahmen der HZV nicht vergütet und können über die KV abgerechnet werden.

[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. Die Überprüfung des Impfstatus kann als Einzelleistung mit 10,00 EUR max. einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren abgerechnet werden.

[Zurück](#)

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

Die aktive Teilnahme am DMP ist gemäß § 5 Abs. 2 f) eine Teilnahmevoraussetzung und somit verpflichtend. Die DMP-Abrechnung erfolgt im Falle des BKK-Vertrages über die KV.

[Zurück](#)

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

Der Hausarzt ist gemäß den vertraglichen Teilnahmevoraussetzungen (gemäß § 5 Abs. 2 f) verpflichtet aktiv am DMP teilzunehmen. Eine feste Quotenregelung oder Regelung einer Absolutzahl existiert nicht.

[Zurück](#)

Kann der Hausarzt 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 gem. Anlage 3 des HZV-Vertrages geführt wird, kann ab Teilnahmebeginn des Patienten 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?

Nein, 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 3 zwei verschiedene Einzelleistungsvergütungen in Höhe von 25,00 EUR bzw. 40,00 EUR.

[Zurück](#)

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

Nein, Wegegelder sind in den Pauschalen bzw. Einzelleistungen enthalten.

[Zurück](#)

Warum wurde die Vergütungssystematik nicht nach Altersklassen gestaffelt?

Die Vergütung wurde nicht nach Altersklassen gestaffelt, weil der Schwerpunkt der Vergütung nach Abstimmung der Vertragspartner auf die Morbidität gelegt wurde. Dies entspricht dem Ergebnis von Untersuchungen, die 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.

[Zurück](#)

Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag?

Die jeweils geltenden Arzneimittelvereinbarungen und Prüfungsrichtlinien (gem. § 84 Abs. 1 SGB V und § 106 SGB V) behalten ihre Gültigkeit. Die Vertragspartner haben gemäß Anhang 3 zu Anlage 3 Zielerreichungsquoten im Bereich der rationalen Pharmakotherapie vereinbart. Werden diese erreicht, so wird der „Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag“ in Höhe von max. 4,00 EUR ausgelöst. Eine Malus-Regelung gibt es im Vertrag nicht.

[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?

Nein, die Betriebskrankenkasse in Baden-Württemberg vereinfacht über Pauschalen die bisherige EBM-Abrechnung für die Ärzte deutlich und trägt damit zur Entbürokratisierung bei. Pauschalierung bedeutet auch, dass die Betriebskrankenkasse in Baden-Württemberg im Bereich

der HZV über 2009 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 2010 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 2010 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 bzw. Versorgungssteuerung finanziert.

[Zurück](#)

Welche Institution übernimmt die Abrechnung für die HZV?

Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) koordiniert als Dienstleistungsgesellschaft die Abrechnungsmodalitäten zwischen den einzelnen Betriebskrankenkassen 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 Abrechnung über die HÄVG bietet dem teilnehmenden Hausarzt erhebliche Vorteile: Die Abrechnung erfolgt einfacher und schneller. Der gesamte Abrechnungsprozess verläuft über eine onlinefähige 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?

Ja, die Mitglieder von Hausärzteverband und MEDI zahlen 3 Prozent Verwaltungskostengebühren, Nicht-Mitglieder zahlen 5 Prozent.

[Zurück](#)

Welche Software ist für den Vertrag erforderlich?

Für die Vertragssoftware gibt es gemäß Anlage 1 bestimmte Anforderungen. Die Liste der derzeit als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter ist jeweils aktuell auf der Internetseite der HÄVG unter www.hausaerzteverband.de im Bereich HÄVG abrufbar. Unter Vertragsinformationen BKK-VAG BW und Vertragsinformationen Bosch BKK Baden-Württemberg findet der teilnehmende Hausarzt die Liste, welche bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt wird.

Weitere Informationen sind den FAQs speziell zur Vertragssoftware zu entnehmen.

[Zurück](#)

Wie sieht der Datenfluss konkret aus?

Der Hausarzt versendet die Abrechnungsdaten an die Dienstleistungsgesellschaft / das Abrechnungszentrum. Hier findet eine Prüfung der Daten statt. Nach Abschluss der Prüfung werden die Abrechnungsdaten an die Betriebskrankenkassen weitergeleitet, dort werden die Abrechnungsdaten abschließend geprüft. Anschließend erfolgt die Auszahlung der Honorare von den Betriebskrankenkassen an die Dienstleistungsgesellschaft (HÄVG) und von der Dienstleistungsgesellschaft 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 Dienstleistungsgesellschaft / dem Abrechnungszentrum der Betriebskrankenkasse 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. Die Krankenkassen können den Notdienst aus Praktikabilitätsgründen auch für die HZV durch die Regelversorgung abdecken lassen. Dies wurde gesetzlich geregelt. Die Betriebskrankenkassen bereinigen 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 gemäß den Praxisgebühreziffern in Anlage 3 zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

[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, Langzeitblutdruckmessung (auch in Apparategemeinschaft), EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung) auch nachgewiesene Qualifikationen, z. B. Psychosomatik, vorsehen. Weitere Voraussetzung ab 01.01.2010 ist die Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation. Nachträglich wurde beschlossen, dass die teilnehmenden Hausärzte den Nachweis zur Qualifikation spätestens 12 Monate nach Teilnahmebeginn vorweisen müssen. Des Weiteren sind durch die Festlegung von Qualitätszielen und die aktive Unterstützung der DMPs konkret messbare qualitative Kriterien Vertragsbestandteil. Darüber hinaus beeinflussen die aktive Einbindung der Betriebskrankenkassen in die Versorgungssteuerung und die zusätzlichen Serviceleistungen wie beispielsweise eine wöchentliche Früh- oder Abendterminsprechstunde für Berufstätige oder eine Samstagssprechstunde für Berufstätige die Versorgung positiv.

[Zurück](#)

Welche gesetzlichen Anforderungen müssen vom Hausarzt erfüllt werden?

Die gesetzlichen Anforderungen beinhalten die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie, die konsequente Berücksichtigung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, etablierten, praxiserprobten Leitlinien und Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden. Darüber hinaus ist die Fortbildungspflicht durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich insbesondere auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie und Geriatrie erfüllt. Zusätzlich ist verpflichtend, ein einrichtungsinternes, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenes, indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement einzuführen.

[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 BKK-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](#)

Wie ist die Therapiefreiheit der Hausärzte geregelt?

Die Therapiefreiheit ist weiterhin gegeben, da ein Hausarzt, 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.

[Zurück](#)

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

Ja, ab 01.01.2012 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 der Hausärzterverband und 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.

[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 (z.B. Krankenschwestern) und anschließende Berufserfahrung von mind. 2 Jahren in einer Hausarzt-Praxis

Weitere Informationen bezüglich der VERAH finden Sie im Internet unter www.verah.de

[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](#)