

# INFORMATIONSBLETT

## Versicherten-Einschreibung und Abrechnung

### 1. Online-Einschreibung der Versicherten

- Sie können Ihre Patienten in das Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) mit den durch die VAG Hessen vertretenen Betriebskrankenkassen einschreiben, sobald
  - ✓ Sie einen HZV-Online-Key zur sicheren Übermittlung der Daten von uns erhalten haben **und**
  - ✓ Sie Ihre **aktuelle Vertragssoftware mit integriertem VAG-HZV-Modul installiert haben.**
- Sie informieren Ihre Patienten über die HZV und drucken bitte die **Teilnahme- und Einwilligungserklärung (1 Exemplar für den Hausarzt, 1 Exemplar für den Versicherten)** aus der Vertragssoftware aus und **legen diese dem Patienten zur Unterschrift vor.**
- Im Anschluss unterschreiben Sie beide Exemplare der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Das Exemplar für den Versicherten ist für Ihren Patienten und das Exemplar für den Hausarzt für Ihre Praxis bestimmt. Ihr Original muss **mindestens zehn Jahre** in Ihrer Praxis **aufbewahrt werden.**
- Die Übermittlung der Versicherteneinschreibedaten erfolgt in diesem HZV-Vertrag ausschließlich **online** über die Vertragssoftware indem Sie die **zur Versicherteneinschreibung notwendigen Daten** online mittels Ihrer Vertragssoftware an die HÄVG Rechenzentrum GmbH senden.
- Zudem wird Ihnen jeweils auf der ausgedruckten Versicherten-Teilnahmeerklärung ein individueller vierstelliger **Code** angezeigt (neben dem Unterschriftenfeld des Versicherten), den Sie vor dem Online-Versand der Teilnahmeerklärung in Ihrer Vertragssoftware erfassen müssen. Erst dann ist die Online-Übermittlung möglich.

**Folgende Felder werden automatisch durch die Vertragssoftware befüllt:**

- Personalienfeld
- TE-ID
- Datumsfelder
- Praxisstempel

Individueller vierstelliger Code wird automatisch bedruckt und ist in der Vertragssoftware vor Online-Versand der Versicherten-TE einzugeben.

Unterschriften bitte nicht vergessen!

WAG-HZV Vertrag Hessen  
Anlage 6 - Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

Beispiel für den Versicherten

mitteilt der Hausarzt lediglich Ihre Versicherung und Ihre Versichertennummer.

Nachname: Westfalen, Kavalierstraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211 398240

Rechtswidrigen die Datenverarbeitung und der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben f) und h) in Verbindung mit Art. 3 DSGVO und § 206 und § 206a StGB. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede Zweckbindung Verwendung geschützt werden. Als Beleggeber stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis Ihre Daten weiterhin nach Ihren Ausdrucksweisen dem Hausarztprogramm, soweit sie nicht mehr für die Vertragsabwicklung erforderlich sind, gegenüber Ihren Auftragsverwaltern oder gesetzlichen Aufwahrungsverwaltern (z.B. § 104 StGB i.V.m. § 14 StGB i.V.m. § 11 Abs. 1 Nr. 1 S. 1 StGB) zur Verfügung zu stellen. Nach 10 Jahren erfolgt, wenn sich auch dem Gesetz keine längere Frist zur Aufbewahrung ergibt.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begründeten Umfang. Die verantwortliche Stelle bei Ihrer Krankenkasse, ggf. des Datenverarbeitungsauftrags und deren Kontaktdaten werden Ihnen von Ihrer Krankenkasse in einem Begründungsschreiben mitgeteilt.

**Antrag auf Teilnahme am Hausarztprogramm „BKK Mein Hausarzt“ und Einwilligung zur Datenverarbeitung**

Hinweis: Hinsichtlich der Teilnahme am Hausarztprogramm „BKK Mein Hausarzt“ nicht möglich, wenn Sie sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nicht.

Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am BKK Hausarztprogramm

Ja, ich möchte am BKK Hausarztprogramm „BKK Mein Hausarzt“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit der Datenverarbeitung, -weiterleitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am BKK Hausarztprogramm einverstanden, ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass die beschriebene Übermittlung meiner personenbezogenen, insbesondere Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Vertragsdaten nur in dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung beschrieben erfolgt. Zudem erhalte ich eine Bestätigung über die Erklärung, die ich aufbewahre.

Ja, ich erkläre zugleich bewusst meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Sie als Vertragspartner

TE-Code

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (TE-Code) zur weiteren Kommunikation mit dem Vertragsmanagement kontaktiert. Die Bestätigung des Vertragsmanagements

Bestätigung durch den gewählten Hausarzt

Sie das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vertrauens

Stempel

3/3

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Hausarztprogramm (hier: Seite 3/3, Exemplar für den Versicherten)

## 2. Teilnahme der Versicherten und Abrechnung der HZV-Leistungen

- Die Teilnahme des Patienten und somit die Versorgung und Abrechnung über die HZV kann ausschließlich zum Quartalsbeginn erfolgen. Bitte beachten Sie, dass die in der Teilnahmeerklärung aufgeführten Daten des Patienten jeweils zu den Stichtagen 1. Februar (für das 2. Quartal), 1. Mai (für das 3. Quartal), 1. August (für das 4. Quartal), 1. November (für das 1. Quartal) online an das HÄVG Rechenzentrum übermittelt werden müssen. Später übermittelte Daten werden zu einem späteren Quartal berücksichtigt.
- Die Krankenkassen prüfen die übermittelten Daten der Teilnahmeerklärungen und informieren das HÄVG Rechenzentrum, welcher Versicherte bei Ihnen im folgenden Abrechnungsquartal zur Teilnahme an der HZV berechtigt ist.
- Sie erhalten rechtzeitig vor Quartalsbeginn von dem HÄVG Rechenzentrum einen Informationsbrief Patiententeilnahmestatus mit dem Einschreibestatus Ihrer Patienten, für die Sie die Daten der Teilnahmeerklärung online an das HÄVG Rechenzentrum versandt haben. Bitte aktivieren Sie erst nach Erhalt dieses Infobriefes die bestätigten Patienten-Einschreibungen in Ihrer Vertragssoftware.
- Die Dokumentation der ärztlichen Leistungen im Rahmen der HZV erfolgt mittels der von der HÄVG zugelassenen Vertragssoftware mit integriertem VAG-HZV-Modul. Entsprechende Nachfragen richten Sie bitte ausschließlich an Ihr Software-Haus. Die Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt in diesem HZV-Vertrag ausschließlich online.

## 3. Vergütung (Anlage 3 HZV-Vertrag)

<b>Pauschalen</b>	
P1 Strukturpauschale	36,00 €
P2 Kontaktabhängige Pauschale	40,00 €
P3 Zuschlag für chronisch kranke Patienten	25,00 €
P4 Zuschlag für die Behandlung multimorbider Patienten	15,00 €
P5 Pflegeheimpauschale	15,00 €
Vertreterpauschale/ Zielauftragspauschale	20,00 €
Zielauftragspauschale DSP	25,00 €
<b>Zuschläge</b>	
Z1 VERAH	5,00 €
Z2 Rationale Pharmakotherapie	6,00 €
Z3 Palliativzuschlag	80,00 €
Z4 Psychosomatik	10,00 €
<b>Einzelleistungen</b>	
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	25,00 € / 40,00 €
Krebsfrüherkennung Frau/Mann	20,00 € / 16,00 €
Hautkrebsscreening	25,00 €
Kleine Chirurgie	8,00 € / 16,00 € / 30,00 €
Geriatric	17,00 €
Sonografie (Schilddrüse/ Abdomen)	11,00 € / 21,00 €
Vitamin-K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)	25,00 € / 20,00 €
Überprüfung Impfstatus	10,00 €

**Bei Fragen zu Vertragsangelegenheiten steht Ihnen der  
 Kundenservice der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG) unter 02203 5756 1111  
 oder per Mail unter kundenservice@haevg-rz.de gerne zur Verfügung.  
 Weitere Informationen finden Sie unter:  
[www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de)**