

Geschäftsstelle:  
Am Sommerdamm 7  
65428 Rüsselsheim  
Tel: 01520/9012001  
[Schiedsperson-HzV-NRW@it.nrw.de](mailto:Schiedsperson-HzV-NRW@it.nrw.de)

Rüsselsheim, 27.04.2012

Hausärzteverband Nordrhein  
Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln



**Schiedsverfahren gemäß § 73b Abs. 4a S. 2 SGB V über den Abschluss eines Vertrages zur hausärztlichen Versorgung nach § 73b Abs. 1 SGB V**

**Hausärzteverband Nordrhein**

- ./ Audi BKK
- ./ Bahn BKK
- ./ BKK A.T.U
- ./ BKK Henschel Plus
- ./ Novitas BKK
- ./ BKK Karl Mayer
- ./ BKK Medicus
- ./ BKK Mobil Oil
- ./ BKK MTU Friedrichshafen
- ./ BKK Publik
- ./ BKK VBU
- ./ BMW BKK
- ./ Deutsche BKK
- ./ BKK EWE
- ./ BIG direkt gesund
- ./ hkk
- ./ IKK gesund plus
- ./ Knappschaft
- ./ AOK Rheinland/Hamburg
- ./ Barmer GEK
- ./ DAK
- ./ HEK
- ./ KKH Allianz
- ./ LKK
- ./ Die Bergische Krankenkasse
- ./ Siemens BKK
- ./ BKK ESSANELLE
- ./ Salus BKK
- ./ Bertelsmann BKK
- ./ BKK firmus
- ./ Daimler BKK
- ./ BKK Gesundheit
- ./ Schwenninger BKK
- ./ BKK Merck
- ./ SECURVITA

Anlagen: Redaktionelle Richtigstellungen und erläuternde Hinweise

Seite 21 des HzV-Vertrages  
Seite 9 des Anhang 1 zu Anlage 3  
Anlage 5  
Seite 1 des Anhang 1 zu Anlage 5



Sehr geehrter Herr Dr. Mecking,  
sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übersende ich Ihnen im Auftrag von Herrn Weiß redaktionelle Richtigstellungen  
und erläuternde Hinweise zu den Schiedssprüchen in den oben genannten Verfah-  
ren.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Peltzer". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the right.

Bastian Peltzer  
(Mitarbeiter der Schiedsperson)

## Schiedsperson nach § 73b SGB V in Nordrhein-Westfalen – Gerald Weiß

Geschäftsstelle:  
Am Sommerdamm 7  
65428 Rüsselsheim  
Tel: 01520/9012001  
[Schiedsperson-HzV-NRW@it.nrw.de](mailto:Schiedsperson-HzV-NRW@it.nrw.de)

Rüsselsheim, 26.04.2012

An die Parteien der durch  
Schiedsspruch vom 23.12.2011  
abgeschlossenen Verfahren



### **Redaktionelle Richtigstellungen und erläuternde Hinweise zum Schiedsspruch**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Nachgang zu dem Ihnen mit Schreiben vom 27.12.2011 übersandten Schiedsspruch, wende ich mich heute mit der vorliegenden Umsetzungshilfe an Sie. Diese ist aufgrund einiger redaktioneller Unrichtigkeiten, die nach der Übersendung aufgefallen sind, erforderlich geworden.

- Zunächst bitte ich Sie, die Seite 21 des HzV-Vertrages gegen die diesem Schreiben als Anlage beiliegende Seite 21 auszutauschen. Der Vertragstext ist leider hinsichtlich des Datums in § 10 Abs. 7 nicht korrekt. Dort genannt ist der „01. Dezember 2012“, wohingegen der Beginn des Quartals und damit der 01. Oktober 2012 gemeint war.
- Des Weiteren bitte ich Sie, die letzte Seite des HzV-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3, S. 9/9) gegen die beigelegte Seite auszutauschen. In dem Ihnen übersandten Exemplar sind die letzten vier Zeilen nicht abgedruckt worden.
- Die Anlage zum Infopaket und Starterpaket (Anlage 5) ist durch das anliegende Exemplar zu ersetzen. In der Fassung des durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Vertrages vom 23.12.2011 war fälschlicherweise der „Leitfaden zur Patienteneinschreibung“ nicht mit aufgenommen worden.

- Die erste Seite der Teilnahmeerklärung HAUSARZT (Anhang 1 zu Anlage 5) ist bitte gegen das anliegende Exemplar auszutauschen. Die Teilnahmeerklärung korrespondiert mit § 3 Abs.2 lit. c des HzV-Vertrages „apparative Mindestausstattung“. Gefordert ist die Erbringung von mindestens zwei der aufgeführten Leistungen. Abgefragt wurde bisher lediglich eine Leistung.

- Die „Information zum Widerspruchsrecht des Patienten“ (Anhang 3 zu Anlage 6) ist ersatzlos herauszunehmen.

Die Information über das Widerspruchsrecht gemäß Anhang 3 zu Anlage 6 des HzV-Vertrages ist für diejenigen Patienten relevant und notwendig, die sich vor Inkrafttreten des § 295a SGB V in ein Hausarztprogramm eingeschrieben haben. Für die nordrhein-westfälischen Versicherten, denen die durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Verträge zugutekommen sollen, ist dies nicht mehr erforderlich. Diese Patienten werden durch die Patienteninformationen gemäß der Anhänge 1 und 2 der Anlage 6 des HzV-Vertrages ausreichend über die Datenflüsse innerhalb des Hausarztprogramms aufgeklärt und erklären mit Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter ihr Einverständnis.

Ergänzend zum Schiedsspruch folgende Klarstellungen:

- Die Krankenkassen haben zur Prüfung, ob die Einschreibung des Versicherten durch den HAUSARZT von dem Patient gewünscht war, die Möglichkeit, sich die gescannten Belege zur Prüfung übersenden lassen zu können. Dies war in mehreren Verfahren so von den Hausärzteverbänden ausgeführt worden. In der dazugehörigen Präsentation heißt es:

*„Das Rechenzentrum sortiert, scannt und erfasst die Sonderbelege. Die Krankenkasse oder deren Dienstleister erhält eine elektronische Datei, die die erfassten Daten enthält, inkl. einer eindeutigen Kennzeichnung des Belegs (Beleg- ID). Bei Bedarf erhält die Krankenkasse zusätzlich einen Datenträger mit den Images der Sonderbelege.“*

Liegen den Krankenkassen diese „Images der Sonderbelege“ vor, ist eine Prüfung möglich, ob der Versicherte seine Teilnahme mit seiner Unterschrift bestätigt, oder der HAUSARZT ohne Wissen des Versicherten die Einschreibung vorgenommen hat.

- Die geschiedste Bündelungsregel gemäß § 2 Abs. 4 des HzV-Vertrages erlaubt es dem Hausärzteverband, Krankenkassen der gleichen Kassenart mit gleichlautenden HzV-Verträgen gebündelt in seinen Systemen anzulegen und zu verwalten. Die Erlaubnis des gebündelten Anlegens, im Rahmen eines sogenannten Verbundvertrages, impliziert eine gebündelte „Teilnahmeerklärung Hausarzt“, auf der der Hausarzt durch Setzen eines Kreuzes seine Teilnahme an allen gleichlautenden HzV-Verträgen mit Krankenkassen einer Kassenart erklärt. Voraussetzung hierfür ist, dass der Hausarzt in der „Teilnahmeerklärung Hausarzt“ vollständige Transparenz darüber erhält, welche Krankenkassen einer Kassenart in jeweils einem Vertrag gebündelt sind.
- Wenn § 3 Abs. 4 lit. j des HzV-Vertrages lautet: *„für Patienten mit bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf ermöglicht der HAUSARZT auch zu Zeiten des örtlich geregelten Notdienstes seine telefonische Erreichbarkeit und führt, soweit erforderlich, Dringlichkeitsbesuche durch;“* und in Anlage 3 (dort Seite 11) bei „Ungeplanter eiliger Besuch“ mit der Formulierung *„nicht abrechenbar in Zeiten des durch die KV Nordrhein bzw. die KV Westfalen-Lippe organisierten Notfalldienstes; maßgeblich sind die Zeiten nach § 7 Abs. 1 Notfalldienstordnung Nordrhein bzw. § 3 Abs. 1 und 2 Notfalldienstordnung Westfalen-Lippe in der jeweils gültigen Fassung“* vermeintlich ein Abrechnungsausschluss aufgenommen worden ist, so bezieht sich dieser Abrechnungsausschluss nicht generell auf Zeiten, in denen ein Notdienst angeboten wird, sondern auf Zeiten, in denen der HAUSARZT selber am angebotenen Notdienst teilnimmt. In diesen Zeiten soll der HAUSARZT gerade nicht die Möglichkeit haben, diese HzV-Einzelleistung zusätzlich abrechnen zu können.

Die Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit und eines etwaigen Dringlichkeitsbesuches soll zwar ein „Mehr“ an Versorgungsqualität für den HzV-Versicherten bedeuten, es soll hier aber kein zweiter Notdienst neben dem

von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Notdienst aufgebaut werden.

- Im Zusammenhang mit der Regelung § 6 Abs. 7 des HzV-Vertrages (Fehlkontakt/nicht vertragskonforme Inanspruchnahme) weise ich auf meine Ausführungen unter XVI. der Gründe hin.

Auf die in diesem Zusammenhang entstehenden Kosten hat der einzelne HAUSARZT nur in dem Fall Einfluss, sollte er selber eine Doppelabrechnung in der HzV und gleichzeitig in der Regelversorgung vorgenommen haben. Nur in diesem Fall können die hierdurch entstandenen Kosten gegen das Budget des HAUSARZTES gerechnet und gegebenenfalls weitere Schritte eingeleitet werden.

In anderen, vom Versicherten verursachten Fällen, hat der einzelne HAUSARZT allenfalls nur eine geringe Möglichkeit der Einflussnahme. Anders die Krankenkasse, der eine Kennzeichnung der Versichertenkarte möglich wäre, was aber durchgehend abgelehnt worden ist.

Die von meinem Schiedserkollegen Kingreen gewählte Lösung, die folgende Regelung in den Vertrag aufzunehmen:

*„Die Krankenkasse schließt zu diesem Zweck mit Unterstützung des Hausärzteverbandes Nordrhein/Westfalen-Lippe eine Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein/Westfalen-Lippe zum Ausschluss von Abrechnungen von HzV-Versicherten durch HAUSÄRZTE im Wege der KV-Abrechnung (Regelwerksprüfung). Kommt eine solche Vereinbarung bis zum 30. 6. 2013 nicht zustande, kann die Krankenkasse Vergütungsforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein/Westfalen-Lippe für die im Zusammenhang mit Fehlkontakten angefallenen Leistungen, die von HAUSÄRZTEN abgerechnet wurden, durch Vorlage einer entsprechenden Rechnungslegung der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein/Westfalen-Lippe und nach Überprüfung durch den Hausärzteverband als Überzahlung im Sinne des HzV-Vertrages geltend machen.“*

halte ich in diesem Zusammenhang für einen gangbaren Weg. Eine durch die Parteien etwa im Wege einer Protokollnotiz vereinbarte entsprechende Regelung würde ich sehr begrüßen.

- § 10 Abs. 11 des HzV-Vertrages ist wie folgt zu lesen: *„Falls nach dem vorstehenden Absatz 10 wider Erwarten der Vertragspartner Mehraufwendungen **[aus dem Selektivvertrag]** doch entstehen sollten, ist die Gefährdung oder Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität von der Krankenkasse nicht näher darzulegen, sondern wird vermutet.“*
- In § 10 Abs. 15 des HzV-Vertrages wurde die Formulierung „[...] der durch die Bereinigung (Regelleistungen und extrabudgetäre Leistungen) gedeckt ist. [...]“ aufgenommen. Hiervon umfasst sind die Komponenten der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) resultierend aus der Bereinigung sowie die Leistungen (ELV) außerhalb der zu bereinigenden MGV, also in Summe die Gesamtvergütung.
- § 10 Abs. 15 des HzV-Vertrages definiert, dass das Verfahren zur „Feststellung der Überschreitung“ gemäß § 10 Abs. 10 des HzV-Vertrages nach 24 Monaten im Wege der Spitzabrechnung erfolgt. Mehraufwendungen im Sinne des § 10 Abs. 10 des HzV-Vertrages sind alleine Mehraufwendungen hinsichtlich der ärztlichen Vergütung im Vertrag. Dies ergibt sich zum einen durch den direkten Bezug auf § 73b Abs. 5a SGB V (Satz 1 *„In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten.“*) sowie aus der Formulierung in § 10 Abs. 10 des HzV-Vertrages (*„[...]Sofern sich auf Grund des HzV-Vertrages Einsparungen oder Refinanzierungen ergeben, die die Aufwendungen für die Vergütung der hausärztlichen Versorgung nach dem HzV-Vertrag überschreiten, sind diese unverzüglich nach Feststellung in hälftigem Umfang an die teilnehmenden Hausärzte auszus zahlen.“*). Nicht abgestellt werden kann hier auf sonstige Mehraufwendungen, die beispielsweise durch eine Epidemie entstehen können. Ich verweise auf meine Ausführungen in den Gründen zum Schiedsspruch unter XI. (*„[...] Bei der Betrachtung der Wirkungen des HzV-Vertrages*

*verbietet es sich aber, auf außervertragliche, „externe“ Entlastungsfaktoren sozusagen zu spekulieren. Es ist eine monokausale, isolierende Ursache-Wirkungs-Beziehung zu betrachten. [...]*“).

Um einen besseren Anreiz für den einzelnen Arzt zu schaffen, findet eine arztindividuelle Betrachtung statt. Ich habe immer betont, dass ich dies unter Steuerungsgesichtspunkten für den vorzugswürdigsten Weg halte.

Dass Mehraufwendungen für die ärztliche Vergütung nicht refinanziert wurden, ist dementsprechend für den einzelnen HAUSARZT zu belegen. Da der Vergütungsanspruch des HAUSARZTES sich gemäß § 10 Abs. 1 des HzV-Vertrages direkt an die Krankenkasse richtet, muss auch die Rückzahlung in dieser Leistungsbeziehung aber unter Zuhilfenahme des Hausärzterverbandes erfolgen. Gemäß § 10 Abs. 15 letzter Satz des HzV-Vertrages wird die Pauschale für den Fall, dass die 10 % nicht, beziehungsweise nicht in vollem Umfang eingespart werden, „[...]verteilt über die reguläre Restlaufzeit des Vertrages verrechnet[...]“. Dieser Satz bedeutet, dass die Rückführung der Überzahlung im Rahmen der arztbezogenen Abrechnung in den Folgequartalen mit positiven Vergütungsansprüchen verrechnet wird. Dieses Verfahren impliziert, dass der Rückforderungsbetrag je HAUSARZT seitens der Krankenkasse an den Hausärzterverband übermittelt werden muss, da nur dann eine Verrechnung arztbezogen möglich ist.

Eine arztindividuelle Betrachtung bei gleichzeitiger, pauschaler Verrechnung einer Krankenkasse gegenüber dem Hausärzterverband würde das aufgezeigte Steuerungsziel konterkarieren, da damit ein „Untertauchen in der Masse“ einherginge. Aufgrund des unbilligen Ergebnisses ist ein solches Vorgehen ausgeschlossen. Vielmehr erfolgt die Spitzabrechnung in Bezug auf die in diesem Rahmen zu überprüfenden vertraglichen Ziele im Einvernehmen beider Vertragspartner. Die (Nicht-) Erreichung der vereinbarten Ziele ist durch die Krankenkasse arztindividuell darzulegen, um etwaige Rückzahlungsansprüche beziehungsweise Nachzahlungsverpflichtungen gegenüber dem jeweiligen HAUSARZT zu begründen.

Dabei wird das HzV-Vergütungsvolumen arztindividuell von der Krankenkasse bereitgestellt und vom Hausärzterverband kumuliert (fort-) geführt, um unterjährige Schwankungen ausgleichen zu können. Dazu stellt die Krankenkasse für jedes Quartal das vollständige HzV-Finanzierungsvolumen (MGV + EGV + 10% je HAUSARZT für dessen eingeschriebene Versicherte) für alle teilnehmenden HAUSÄRZTE zur Verfügung. Dabei können Überschüsse aus dem durch die Krankenkasse bereitgestellten arztbezogenen HzV-Finanzierungsvolumen aus Abrechnungsquartalen durch den Hausärzterverband in die folgenden Abrechnungsquartale übertragen werden, respektive können Überschreitungen in Abrechnungsquartalen aus diesem nicht ausgeschöpften HzV-Finanzierungsvolumen arztindividuell bedient werden. Zur Umsetzung legen die Krankenkassen den Hausärzterverbänden vor Beginn des jeweiligen Abrechnungsquartals die entsprechenden Daten je Abrechnungsquartal durch die Weiterleitung der offiziellen Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen offen.

- Der letzte Satz von § 10 Abs. 15 des HzV-Vertrages lautet: *„Soweit die Ziele und die damit verbundenen Refinanzierungsbeträge nicht erreicht worden sind, entfällt die Pauschale und die Überzahlung wird mit den Bereinigungsbeträgen verteilt über die reguläre Restlaufzeit des Vertrages verrechnet.“* Durch die einleitende Formulierung „Soweit“ ist zum Ausdruck gebracht worden, dass eine Teilzielerreichung auch lediglich zu einer Teil-Absenkung führen kann.

Sollten beispielsweise Einsparungen zwischen 100 % und 110% eingetreten sein:

- a. darf mit der Spitzabrechnung und in den Folgequartalen die Pauschale nur auf den Prozentsatz innerhalb des Korridors angepasst werden und nicht in Gänze entfallen und
- b. stellt eine Refinanzierung innerhalb dieses Korridors keine „Überzahlung“ dar und wird somit auch nicht „mit den Bereinigungsbeträgen verteilt über die reguläre Restlaufzeit des Vertrages verrechnet“, sondern wird auf den Prozentsatz innerhalb des Korridors (beispielsweise 9%) angepasst.

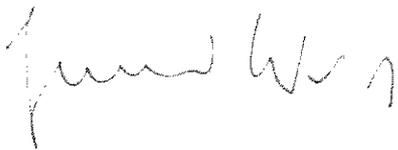
Sollte die Refinanzierung hingegen oberhalb des Korridors (110% und mehr) liegen:

1. ist das „Guthaben“ des Arztes bis dahin nach der „Spitzabrechnung“ auszubezahlen und
  2. am Ende der regulären Vertragslaufzeit ebenfalls erneut zu ermitteln und entsprechend der hälftigen Teilung gegebenenfalls auszubezahlen.
- 
- Gemäß § 6 Abs. 5 der Anlage 3 des HzV-Vertrages sind die Krankenkassen zu monatlichen Abschlagszahlungen in Höhe von 12,00 EUR pro eingeschriebenem HzV-Versicherten verpflichtet. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 15. Kalendertag für den Vormonat an die Dienstleistungsgesellschaft (derzeit: HÄVG AG), die gemäß § 13 Abs. 2 des HzV-Vertrages als Zahlstelle für den Hausärzterverband vorgesehen ist. Nach § 8 Abs. 2 der Anlage 3 des HzV-Vertrages sind diese Abschlagszahlungen bis spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats von der Dienstleistungsgesellschaft an die Hausärzte weiterzuleiten. Zur Erfüllung dieser vertraglichen Frist würde der Hausärzterverband gezwungen sein, die Abschlagszahlungen vorzufinanzieren. Da eine Vorfinanzierung eine unzumutbare Hürde darstellen kann, ist an dieser Stelle klarzustellen, dass die Weiterleitung durch den Hausärzterverband unverzüglich nach Zahlungseingang, spätestens jedoch zum Monatsende zu erfolgen hat.

Die vielfältigen Reaktionen haben gezeigt, dass mit dem durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Vertrag der „Weg der Mitte“ gefunden worden ist und ein fairer Ausgleich zwischen den Interessen der Parteien stattgefunden hat. Bei der weiteren Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung in Nordrhein-Westfalen wünsche ich Ihnen auch im Interesse der Versicherten weiterhin gutes Gelingen. Dabei gehe ich davon aus, dass alles getan wird, damit eine zügige Umsetzung des Vertrages nun erfolgt. Dazu zählt nach meinem Dafürhalten, dass etwa im Zusammenhang mit den

Starterpaketen bestehende Spielräume - unter Beachtung der vergaberechtlichen Regelungen - auch im Sinne einer zügigen Umsetzung genutzt werden.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gerald Weiß', written in a cursive style.

Gerald Weiß  
Staatssekretär a.D.  
Schiedsperson nach § 73b SGB V

- (2) Mit der Teilnahmeerklärung erkennt der Hausarzt an, dass seine Ansprüche gemäß Absatz 1 nach Ablauf von 12 Monaten verjähren. Diese Frist beginnt mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals, in dem der HAUSARZT die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht hat.
- (3) Die Krankenkasse leistet als Bestandteil der HzV-Vergütung 3 monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt für die ersten vier Quartale in denen der Hausarzt erstmalig nach diesem Vertrag abrechnet 12,00 EUR pro bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HzV-Versicherten. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 15. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal: 15. Februar, 15. März, 15. April; z. B. für das 2. Quartal am: 15. Mai, 15. Juni, 15. Juli, usw.).
- (4) Kommt die Krankenkasse mit der Auszahlung der HzV-Vergütung nach Maßgabe dieses § 10 sowie der **Anlage 3** in Verzug, ist der Betrag, der dem jeweiligen HAUSARZT geschuldeten HzV-Vergütung gemäß § 288 Abs. 2 BGB zu verzinsen. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens bleibt unberührt.
- (5) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des HAUSARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung der Krankenkasse mit dem Hausärzterverband mit Wirkung für den HAUSARZT geregelt werden. Der Hausärzterverband und die Krankenkasse werden dem HAUSARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen des HAUSARZTES und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
- (6) Liegt trotz rechtzeitiger Anrufung des Schiedsamts nach § 9 Abs. 6 dieses Vertrages zum 01. Juli 2012 keine Bereinigungsregelung vor, treten die Vergütungs- und Abrechnungsregelungen dieses Vertrages einschließlich der **Anlage 3** erst mit Ablauf des Quartals in Kraft, in dem eine vollziehbare Bereinigungsregelung vorliegt. Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Vergütungsverpflichtung nach der **Anlage 3** in Kraft tritt, ist der HAUSARZT von seinen vertraglichen Verpflichtungen nach § 3 freigestellt. Er ist so lange berechtigt, Leistungen gegenüber den Versicherten der Krankenkassen gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Verpflichtung zur Einschreibung der Versicherten nach § 6 dieses Vertrages bleibt hiervon unberührt.
- (7) Abweichend von Absatz 6 tritt die Regelung zur HzV-Vergütung spätestens jedoch am 01. Oktober 2012 in Kraft.
- (8) Die Vergütungsregelungen gelten zunächst bis zum 31. März 2015. Einigen sich die Krankenkasse und der Hausärzterverband bis zum 31. Dezember 2014 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelungen, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen – eine Weitergeltung des HzV-Vertrages vorausgesetzt – zunächst bis zum 31. März 2016 fort.

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HzV: Abrechnung über HzV-Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
89302	Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV) - erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89302R	Diphtherie, Tetanus, Polyomyelitis (TdIPV) - Auffrischungsimpfung	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89303	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap) - erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89303R	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap) - Auffrischungsimpfung	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89400	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Polyomyelitis (TdapiPV) - erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89400R	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapiPV) - Auffrischungsimpfung	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89401A	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV) - erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89401B	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV) - letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89500A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-HiB) - erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89500B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-HiB) - letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89600A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-HiBHB) - erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89600B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-HiBHB) - letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	HzV	Pauschale	vgl. Ziffer 89100A
89999	Impfberatung Westfalen-Lippe	HzV	Pauschale	
99205	Sachkosten auf Schein gemäß Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM	HzV	Pauschale	Eine Direktabrechnung der Sachkosten mit der Krankenkasse ist ausgeschlossen.
ohne EBM-Ziffer	Verlängerte Sprechzeit	HzV	EL	
ohne EBM-Ziffer	Überleitungsmanagement telefonisch	HzV	EL	
ohne EBM-Ziffer	Überleitungsmanagement persönlich	HzV	EL	
ohne EBM-Ziffer	Pauschale für die hausärztliche Betreuung palliativ zu betreuender Patienten	HzV	Pauschale	
ohne EBM-Ziffer	Zuschlag für Besuch eines Palliativpatienten	HzV	Zuschlag	
ohne EBM-Ziffer	Besuch im Alten- und Pflegeheim	HzV	EL	
ohne EBM-Ziffer	Pauschale für Besuche bei mehr als 10 km	HzV	EL	
				*Die von der STIKO empfohlenen Impfungen sind Gegenstand des Ziffernkranzes, sofern sie im Bereich der KV Westfalen-Lippe und KV Nordrhein zur vertragsärztlichen Versorgung zählen. Davon unberührt bleiben Reiseimpfungen und Impfungen, die im Rahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

## **Infopaket und Starterpaket**

### Infopaket

Das Infopaket enthält insbesondere:

- Teilnahmeerklärung HAUSARZT;
- HzV-Vertrag samt aller Anlagen und Anhänge;
- Informationen zur Teilnahme des Hausarztes an der HzV;
- Unterlagen zum Datenschutz;
- Ansprechpartner beim Hausärzterverband und bei der Krankenkasse.

### Starterpaket

Das Starterpaket enthält insbesondere:

- Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte einschließlich Einwilligung zur Datenverarbeitung sowie die Patienteninformation für Versicherte, die Patienteninformation zum Datenschutz und den Versicherten-Einschreibebeleg;
- Merkblatt für Versicherte der Krankenkasse;
- Leitfaden zur Patienteneinschreibung;
- Bestellformular für weitere Unterlagen;
- Werbematerial der Krankenkasse;
- Weitere Informationen für Versicherte und Hausärzte zur HzV.

