



Fragen und Antworten (FAQs)

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Sachsen

Stand: 01.01.2019

1. Welche Laufzeiten haben die Verträge?	3
2. Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt erfüllen, um an der HZV teilzunehmen?	3
3. Kann der Hausarzt an allen Verträgen gleichzeitig teilnehmen?	6
4. Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?	6
5. Wie erfolgt die Einschreibung der Patienten?	7
6. Ab wann beginnt die Teilnahme der Patienten am Hausarztprogramm?	7
7. Werden Patienten, die einen anderen Hausarzt als ihren HZV-Hausarzt konsultieren, bei diesem als Privatpatient behandelt?	8
8. Was passiert, wenn ein HZV-Patient, der bei einem Hausarzt in einer anderen KV-Region teilnimmt, einen HZV- Hausarzt in Sachsen in Vertretung aufsucht?	8
9. Was passiert, wenn ein Patient nicht seinen gewählten Hausarzt bzw. einen Facharzt ohne Überweisung aufsucht?	8
10. Wie ist die Vertretung im Rahmen der HZV geregelt?	9
11. Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV sind?	9
12. Wann wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV abgerechnet?	9
13. Was ist bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis zu beachten?	9
14. Kann der Praxispartner auch Einzelleistungen für den Betreuarzt erbringen?	10

15. Können Kinder, die beim Hausarzt eingeschrieben sind, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt gehen?	10
16. Was ändert sich im Falle einer Überweisung für eingeschriebene HZV-Patienten?	10
17. Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und abgerechnet?	10
18. Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonografie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen?	10
19. Wird Chirotherapie extra vergütet?	12
20. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?	12
21. Was ist bei der Abrechnung von Laborleistungen zu beachten?	12
22. Wie werden die Psychosomatik-Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis vergütet?	12
23. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet?	13
24. Wie werden DMP-Leistungen für HZV-Patienten abgerechnet?	14
25. Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen?	14
26. Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank?	14
27. Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“?	14
28. Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag?	15
29. Was ist bei einer Kündigung der HZV-Teilnahme / Praxisaufgabe zu beachten?	15
30. Was sind Doppel- und Fehlabbrechnungen?	15

1. Welche Laufzeiten haben die Verträge?

Die Laufzeit aller Verträge ist unbefristet. Sie können durch den Hausärzterverband, die Krankenkasse oder die HÄVG ordentlich mit folgenden Fristen gekündigt werden:

Ersatzkassen (Barmer, DAK): 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres

IKK classic (IKK): 6 Monate zum Halbjahres- oder Jahresende, erstmals zum 30. Juni 2020.

Techniker Krankenkasse (TK)*: 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres

GWQ (GWQ): 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres

spectrumK: 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres, erstmals zum 30. Juni 2019.

AOK PLUS (AOK): 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres

Knappschaft: 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Dezember 2021.

* Die KKH und HEK haben sich ab dem 01.10.2018 und die hkk ab dem 01.01.2019 dem HZV-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse angeschlossen.

2. Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt erfüllen, um an der HZV teilzunehmen?

Nachfolgend sehen Sie einen Auszug der Teilnahmevoraussetzungen für die HZV-Verträge in Sachsen. Die detaillierten Teilnahmevoraussetzungen können im jeweiligen HZV-Vertrag in § 3 nachgelesen werden. Die Vertragsunterlagen finden Sie auf der Webseite des Deutschen Hausärzterverbandes unter www.hausaerzterverband.de in der Rubrik Hausarztverträge.

Teilnahmevoraussetzung	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	IKK classic	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ	spectrumK	AOK PLUS	Knappschaft
Voraussetzungen Ärztin / Arzt							
Kassenzulassung	X	X	X	X	X	X	X

Teilnahmevoraussetzung	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	IKK classic	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ	spectrumK	AOK PLUS	Knappschaft
Vertragsarztsitz Sachsen	X	X	X	X	X	X	X
Im Falle einer BAG: Teilnahme aller Hausärzte der BAG an der HZV	X	-	-	X	X	-	-
Teilnahme angestellter Ärzte möglich	-	-	X	X	-	X	-
Teilnahme hausärztliche Versorgung	X	X	X	X	X	X	X
Qualifikation & Fortbildung							
Teilnahme DMP		(12 Mon. ab Vertragsteilnahme)	(spätestens 2 Quartale nach Zugang der Teilnahmeerklärung)			Aktive Teilnahme	
Diabetes Typ 2	X	X	X	X	X	X	X
Asthma	X	X	X	X	X	X	X
COPD	X	X	X	X	X	X	X
KHK	X	X	X	X	X	X	X
Kinder und Jugendärzte: nur DMP Asthma							
Nachweis geriatrisches Assessment	-	-	X (12 Mon. ab Vertragsteilnahme)	X	X	-	-
Qualifikation Psychosomatik	-	-	-	-	-	-	-
Teilnahme Qualitätszirkel (bei unterjährigem Beginn: je vollendetem Quartal ein Qualitätszirkel)	4 pro Jahr	4 pro Jahr	3 pro Jahr	4 pro Jahr	4 pro Jahr	4 pro Jahr	4 pro Jahr

Teilnahmevoraussetzung	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	IKK classic	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ	spectrumK	AOK PLUS	Knappschaft
Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien	X	X	X	X	X	X	X
Fortbildung zu hausarzttypischen Versorgungsfeldern	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr
Einführung von Qualitätsmanagement	X	X	X	X	X	X	X
Qualifikation und Ausstattung zur Erbringung der folgenden Leistungen:	-	-	Sonografie, Langzeitblutdruckmessung und Belastungs-EKG (Persönlich, Praxispartner oder in Gerätegemeinschaft; Übergangsfrist von 12 Monaten)	-	-	-	-
Logistische Voraussetzungen							
Apparative Mindestausstattung	mind. 2 der folgenden Geräte: Langzeitblutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, Spirometer	Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät	Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät	Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät	Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät	Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät, Waage entsprechend Medizinproduktegesetz, Messlatte	Blutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer
Ausstattung mit Praxissoftware	X	X	X	X	X	X	X

Teilnahmevoraussetzung	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	IKK classic	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ	spectrumK	AOK PLUS	Knappschaft
Onlinefähige EDV-Ausstattung	X	X	X	X	X	X	X
HZV-Vertragssoftware	X	X	X	X	X	X	X
HZV-Online-Abrechnung* *Nimmt ein Hausarzt am EK, GWQ-Vertrag und einem weiteren Vertrag teil, so muss die Abrechnung für alle HZV-Verträge online erfolgen.	X	-	-	X	X	-	-
Faxgerät	X	X	X	X	X	X	X
Allgemeine Voraussetzungen							
Zustimmung zur Daten-Veröffentlichung	X	X	X	X	X	X	X
Angebot einer wöchentlichen Früh- oder Abendterminsprechstunde oder einer Samstagsterminsprechstunde für berufstätige HZV-Patienten	X	X	X	X	X	X	X

3. Kann der Hausarzt an allen Verträgen gleichzeitig teilnehmen?

Ja. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren HZV-Verträgen ist möglich. Auch bleibt der Hausarzt im bisherigen System der KV.

4. Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?

Teilnahmevoraussetzung	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	IKK classic	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ	spectrumK	AOK PLUS	Knappschaft
Gültige Mitgliedschaft bei Krankenkasse	X	X	X	X	X	X	X
Wohnsitz in KV-Region des Hausarztes	X	-	-	-	-	-	-

Mindestalter	-	-	-	-	-	-	-
--------------	---	---	---	---	---	---	---

5. Wie erfolgt die Einschreibung der Patienten?

Vor Erklärung seiner HZV-Teilnahme wird der Patient von seinem Hausarzt über den Inhalt des Hausarztprogrammes und über die vorgesehene Datenverarbeitung und seine Betroffenenrechte informiert. Er erhält diese Information schriftlich mit der „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ und wird aufgefordert, sich diese sorgfältig durchzulesen. Anschließend unterschreibt der Patient die „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ und den „HZV-Beleg“.

AOK / IKK: Ein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte verbleibt in der Patientenakte beim Hausarzt und ein Exemplar erhält der Patient.

EK / Knappschaft: Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte verbleibt in der Patientenakte. Der Hausarzt händigt dem Patienten eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte aus.

GWQ / spectrumK: Die Versicherteneinschreibung erfolgt **online**, ohne HZV-Beleg. Wie bei den Verträgen der AOK/IKK/EK und TK verbleibt ein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte in der Patientenakte beim Hausarzt und ein Exemplar erhält der Patient

TK: Die Versicherteneinschreibung kann sowohl online (ohne HZV-Belege) als auch mit HZV-Beleg erfolgen. In beiden Fällen verbleibt ein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte in der Patientenakte beim Hausarzt und ein Exemplar erhält der Patient. Die Einschreibung und Dokumentation der Leistungen bei KKH-, HEK- und hkk-Patienten erfolgt ebenfalls im TK-Modul.

Der Hausarzt ist verpflichtet, sein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte 10 Jahre aufzubewahren. Die unterzeichneten HZV-Belege für die Verträge ohne „Online-Einschreibung“ sendet der Hausarzt regelmäßig an folgende Adresse des vom Hausärzterverband eingesetzten Rechenzentrums:

HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln

6. Ab wann beginnt die Teilnahme der Patienten am Hausarztprogramm?

Es gelten vertragsübergreifend folgende Einschreibefristen für Patienten:

Teilnahme zum **1. Quartal:** **1. November**

Teilnahme zum **2. Quartal:** **1. Februar**

Teilnahme zum **3. Quartal:** **1. Mai**

Teilnahme zum **4. Quartal:** **1. August**

Die HZV-Belege (IKK / EK / TK / KKH / HEK / hkk / AOK / Knappschaft) müssen zu diesen Stichtagen im Rechenzentrum des Hausärztesverbandes (HÄVG Rechenzentrum GmbH) vorliegen. Für den GWQ- und spectrumK-Vertrag muss die **online-Einschreibung** ebenfalls zum Stichtag beim Rechenzentrum des Hausärztesverbandes (HÄVG Rechenzentrum GmbH) eingegangen sein. Der Patient erhält von der Krankenkasse ein Begrüßungsschreiben, in dem der Teilnahmebeginn aufgeführt ist. Der Hausarzt erhält pro HZV-Vertrag jeweils vor Quartalsbeginn von der HÄVG Rechenzentrum GmbH den „Informationsbrief Patiententeilnahmestatus“ in dem ihm mitgeteilt wird, welche seiner Patienten an der HZV teilnehmen, welche Patienteneinschreibungen sich noch in Prüfung befinden und welche Teilnahmen abgelehnt oder beendet wurden.

7. Werden Patienten, die einen anderen Hausarzt als ihren HZV-Hausarzt konsultieren, bei diesem als Privatpatient behandelt?

Nein. Handelt es sich bei dem anderen Hausarzt ebenfalls um einen HZV-Hausarzt, wird dies innerhalb der HZV als Behandlung durch einen Vertreterarzt gewertet. Dieser HZV-Hausarzt kann dann die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV abrechnen – eine Abrechnung über die KV ist nicht möglich.

8. Was passiert, wenn ein HZV-Patient, der bei einem Hausarzt in einer anderen KV-Region teilnimmt, einen HZV- Hausarzt in Sachsen in Vertretung aufsucht?

EK / AOK / Knappschaft: Hier gelten die bisherigen Regelungen weiter. Die Versorgung des Patienten innerhalb der anderen KV-Region wird gegenüber der KV Sachsen abgerechnet und durch diese vergütet.

TK / KKH / HEK / hkk / GWQ / spectrumK:

Die Vertreterpauschale (zzgl. Einzelleistungen) muss bei diesen bundesweiten HZV-Verträgen auch KV-regionsübergreifend über die HZV abgerechnet werden.

IKK:

Die Vertreterpauschale (zzgl. Einzelleistungen) muss auch KV-regionsübergreifend über die HZV abgerechnet werden. Ausnahme: Patienten, die bei einem Hausarzt aus Baden-Württemberg an der HZV teilnehmen, müssen im Vertretungsfall gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Tipp: Nutzen Sie die Online-Teilnahmeprüfung mittels HZV Online Key. Dadurch ist sichergestellt, dass Sie die Vertretungs-Patienten korrekt abrechnen.

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

Wenn der Patient durch das Aufsuchen eines anderen Hausarztes oder einen Facharztbesuch ohne Überweisung vorsätzlich gegen vertragliche Bestimmungen verstößt, kann bei wiederholten Verstößen der Ausschluss aus dem Hausarztprogramm erfolgen. Regelungen für Vertretungsfälle, z. B. Urlaub des Hausarztes, sind zwischen den Vertragspartnern so festgesetzt, dass den Patienten keine Nachteile entstehen.

Hiervon ausgenommen sind Notfälle sowie Direktbesuche bei Gynäkologen, Kinder- und Augenärzten.

10. Wie ist die Vertretung im Rahmen der HZV geregelt?

Grundsätzlich kann jeder HZV-Hausarzt jeden anderen HZV-Hausarzt vertreten. Voraussetzung für die Behandlung von an der HZV teilnehmenden Patienten in Vertretung, ist die Teilnahme am selben HZV-Vertrag. Der Hausarzt ist verpflichtet mindestens einen Vertreterarzt gegenüber seinen HZV-Patienten zu benennen.

Die HZV-Patienten werden durch ihren HZV-Hausarzt über die Vertretungsmodalitäten informiert.

IKK: Sollte ein Hausarzt nicht in der Lage sein, einen Vertreterarzt vor Ort zu benennen, der ebenfalls an dem HZV-Vertrag mit der IKK classic teilnimmt, so ist er verpflichtet, dies der HÄVG unter Angabe von Gründen und eines alternativen Vertreterarztes mitzuteilen. Die HÄVG führt in diesen Fällen eine Klärung mit der IKK classic herbei.

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

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

spectrumK: Es ist zu beachten, dass die im Rahmen der HZV zu erbringenden Impfungen dem Leistungsinhalt gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen folgen. Alle dort aufgeführten Impfungen sind mit der Pauschale abgegolten. Eine Abrechnung über die KV ist daher nicht zulässig. Die Imp fziffern werden nicht im spectrumK-HZV-Ziffernkranz aufgeführt.

12. Wann wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV abgerechnet?

Die Vertreterpauschale wird fällig, sobald ein HZV-Hausarzt, der nicht der gewählte Betreuarzt ist, die Behandlung eines Patienten durchführt und keine Überweisung bzw. kein Zielauftrag HZV vorliegt. Der Vertreter hat sich vor Erbringung der Leistung zu vergewissern, dass es sich tatsächlich um einen Vertretungsfall handelt. Die Vertreterpauschale kann innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abgerechnet werden.

13. Was ist bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis zu beachten?

Innerhalb einer BAG/eines MVZ (auch fachübergreifend) entsteht kein Vertretungsfall, d.h. die kann nicht abgerechnet werden. Per Definition ist der Praxispartner des Betreuarztes dessen **Stellvertreterarzt**. Er übernimmt somit bei Bedarf stellvertretend für den Betreuarzt die Behandlung des HZV-Patienten. Der Stellvertreter rechnet die erbrachten Leistungen entweder über sein eigenes HZV-Modul ab oder verwendet das HZV-Modul des Betreuarztes unter Angabe seiner LANR als Behandler. Bei der Abrechnung werden die Leistungen wiederum dem Betreuarzt zugeordnet und vergütet.

14. Kann der Praxispartner auch Einzelleistungen für den Betreuarzt erbringen?

Innerhalb einer BAG/eines MVZ ist der Praxispartner der Stellvertreterarzt des Betreuertes. Diese Regelung gilt auch für Einzelleistungen. Jedoch muss der Praxispartner u.U. Zusatzqualifikationen (z.B. Qualifikation zur Sonografie) vorweisen.

15. Können Kinder, die beim Hausarzt eingeschrieben sind, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt gehen?

Grundsätzlich können Kinder- und Jugendärzte auch ohne Überweisung aufgesucht werden. Der Hausarzt verpflichtet sich jedoch, für alle eingeschriebenen Patienten eine dem Alter entsprechende hausärztliche Versorgung zu gewährleisten. Sofern der betreuende Hausarzt die Vorsorgeuntersuchungen, die Bestandteil der HZV sind (EK: U1 bis U9 und J1 und J2; TK / KKH / HEK / hkk / IKK: U1 bis U9 und J1; GWQ / AOK: U1 bis U10, J1, spectrumK: U1 bis U11, J1 und J2; Knappschaft: U1 bis U11 und J1) nicht selbst erbringen kann, steht es ihm frei, einen an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen per Zielauftrag einzubinden. Die Patienten benötigen in diesem Fall also eine Überweisung vom Hausarzt. Der leistungserbringende Kinder- und Jugendarzt kann dann gemäß Anlage 3 für EK- und IKK-Versicherte die Einzelleistung Kindervorsorge (30,00€), nicht aber die Zielauftragspauschale abrechnen. Für GWQ- und AOK-Versicherte sowie Versicherte der Knappschaft kann er in diesem Fall nur die Zielauftragspauschale abrechnen. Für TK- / KKH- / HEK- / hkk- und spectrumK-Teilnehmer kann er sowohl die Zielauftragspauschale als auch die Einzelleistung der erbrachten Kinder- oder Jugendvorsorge abrechnen.

16. Was ändert sich im Falle einer Überweisung für eingeschriebene HZV-Patienten?

Alle HZV-Patienten sind verpflichtet, sich vor der fachärztlichen Behandlung eine Überweisung beim Hausarzt ausstellen zu lassen (Ausnahme: Gynäkologen, Augenärzte und Kinderärzte). Selbstverständlich kann der Patient im Notfall ohne Überweisung fachärztlich behandelt werden.

17. Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und abgerechnet?

Die Überweisung wird mittels HZV-Vertragssoftware ausgestellt und enthält den Hinweis darauf, dass es sich bei dem Patienten um einen HZV-Teilnehmer handelt. Erfolgt die Überweisung innerhalb der HZV, rechnet der Vertreterarzt einen Zielauftrag ab. Wird an einen nicht an der HZV teilnehmenden Arzt (z.B. Facharzt) überwiesen, so wird die Leistung gemäß EBM gegenüber der KV abgerechnet. Das Ausstellen einer Überweisung ist verpflichtend und wird nicht zusätzlich vergütet.

18. Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonografie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen?

Bei überwiesenen HZV-Patienten werden hausärztliche Leistungen gem. Vertrag grundsätzlich mit der Zielauftragspauschale vergütet. Im Einzelnen stellt sich das wie folgt dar:

Lungenfunktionstest: Als Grundausstattung muss jeder Hausarzt, der sich in den Vertrag einschreibt, ein Lungenfunktionsgerät vorhalten. Insofern kann es nicht zu Überweisungen unter den HZV-Hausärzten kommen.

Sonografie:

EK: Erbringt ein Vertreterarzt die Sonografie per Zielauftrag, so kann er die Zielauftragspauschale abrechnen. Darüber hinaus erhält der Vertreterarzt keine Vergütung.

IKK / GWQ / spectrumK / AOK / Knappschaft:

Die Sonografie wird als Einzelleistung vergütet. Für die Schilddrüsen-Sonografie erhält der behandelnde Hausarzt 11,00 € (IKK / GWQ / Knappschaft) bzw. 8,61 € (AOK), für die Abdominale Sonografie 21,00 € (max. 2 x pro Quartal, IKK / GWQ / Knappschaft) bzw. 15,90 € (AOK). Für AOK-Versicherte wird zusätzlich die Sonografie Uro-Genital-Organ(e) i.H.v. 8,81 € und die Sonografie weiterer Organe oder Organteile i.H.v. 6,79 € als Einzelleistung vergütet. Diese Einzelleistungen können auch vom Vertreterarzt neben der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.

TK / KKH / HEK / hkk:

Im Rahmen des TK-Vertrages muss die Erbringung der Sonografie der Schilddrüse und des Abdomens durch den Betreuarzt sichergestellt sein. Dabei ist ausreichend, wenn ein Kollege aus der BAG/MVZ die Leistung erbringen kann. Es ist auch möglich spätestens 12 Monate nach Zugang der Teilnahmebestätigung am TK HZV-Vertrag eine Gerätegemeinschaft mit einem Arzt (auch Facharzt) zu bilden, der die Leistung für den Betreuarzt erbringt.

Da die Sonografie der Schilddrüse und des Abdomens im Rahmen des TK-Vertrages eine **Teilnahmevoraussetzung** darstellen, muss die Sicherstellung der Erbringung dieser Leistungen durch den Betreuarzt erfolgen.

Ergometrie (Belastungs-EKG):

EK / spectrumK:

Erbringt ein Vertreterarzt die Ergometrie per Zielauftrag, so kann er die Zielauftragspauschale abrechnen. Darüber hinaus erhält der Vertreterarzt keine Vergütung.

IKK / GWQ / AOK:

Die Ergometrie wird als Einzelleistung mit 26,00 € vergütet und kann auch vom Vertreterarzt neben der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.

TK / KKH / HEK / hkk:

Die Erbringung der Ergometrie stellt im Rahmen des TK-HZV-Vertrages eine Teilnahmevoraussetzung dar. Die Sicherstellung der Erbringung dieser Leistung muss durch den Betreuarzt erfolgen. Dabei ist es ausreichend, wenn der Kollege aus der BAG/MVZ die Leistung erbringen kann oder die Leistung im Rahmen einer Gerätegemeinschaft erbracht wird, die 12 Monate nach Zugang der Teilnahmebestätigung am TK-Vertrag zu bilden ist. Die Sicherstellung der Erbringung der Leistung muss durch den Betreuarzt erfolgen.

Knappschaft:

Das Belastungs-EKG ist nicht HZV Bestandteil. Der Vertreterarzt rechnet es somit über die Kassenärztliche Vereinigung ab.

19. Wird Chirotherapie extra vergütet?

Bei den eigenen HZV-Patienten ist die Leistung mit den Pauschalen abgegolten. Bei Patienten, die innerhalb der HZV überwiesen werden, wird die Zielauftragspauschale vergütet.

20. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?

Nein. Akupunktur wird, soweit sie nach Indikation Kassenleistung ist, im Rahmen der HZV über die Pauschalen vergütet.

21. Was ist bei der Abrechnung von Laborleistungen zu beachten?

Generell gilt: Die vom Hausarzt zu erbringenden Laborleistungen, die in Anhang 1 der Anlage 3 des HZV-Vertrages (HZV-Ziffernkranz) aufgeführt sind, sind in den Pauschalen enthalten.

Diese Laborkosten trägt daher der Hausarzt. Die Leistungen dürfen demnach nicht mittels Muster 10A angefordert werden, sondern die Verrechnung erfolgt – analog Privatpatienten – direkt zwischen Arzt und Laborgemeinschaft. Sprechen Sie jedoch mit Ihrem Labor: es besteht die Möglichkeit, dass die Labore die erhobenen Parameter bei HZV-Patienten zum EBM-Satz berechnen.

Alle übrigen Laborziffern, die nicht HZV-Bestandteil sind, werden weiterhin per Überweisung (Muster 10 / 10A) über die Laborgemeinschaft / das Fachlabor angefordert und von der KV bezahlt

22. Wie werden die Psychosomatik-Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis vergütet?

EK / IKK:

Der Psychosomatik-Zuschlag wird nur dann gewährt, wenn der Betreuarzt selbst diese Qualifikation besitzt. Somit erhält jeder Hausarzt, der über die Qualifikation verfügt, den Zuschlag auf die P2 (EK) bzw. P1 (IKK) für die bei sich eingeschriebenen HZV-Patienten.

- AOK / GWQ / spectrumK: Die Psychosomatik-Leistungen werden als Einzelleistungen jeweils mit 20,00 € vergütet, sofern der Hausarzt, der die Leistung erbringt, über die Qualifikation verfügt.
- TK / KKH / HEK / hkk: Die Psychosomatik-Leistungen werden als Einzelleistungen mit 20,00 € vergütet. Die entsprechende Qualifikation muss dem Betreuarzt oder dem Praxispartner vorliegen, um die Einzelleistung abrechnen zu können.
- Knappschaft: Der Psychosomatik-Zuschlag wird nur dann gewährt, wenn der Betreuarzt selbst diese Qualifikation besitzt. Somit erhält jeder Hausarzt, der über die Qualifikation verfügt, den Zuschlag für die bei sich eingeschriebenen HZV-Patienten.

23. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet?

AOK / TK / KKH / HEK / hkk:

Die Impfleistungen werden als Einzelleistungen vergütet.

GWQ / Knappschaft:

Die Impfleistungen sind in den Pauschalen enthalten. Dennoch gilt in diesem Fall die Ausnahmeregel, dass die Imp fziffern gesondert für die Abrechnung dokumentiert werden müssen.

spectrumK: Es ist zu beachten, dass die im Rahmen der HZV zu erbringenden Impfungen dem Leistungsinhalt gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen folgen. Alle dort aufgeführten Impfungen sind mit der Pauschale abgegolten. Eine Abrechnung über die KV ist daher nicht zulässig. Eine separate Dokumentation ist jedoch notwendig. Die jeweils aktuell gültige Richtlinie ist auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv - Richtlinien zu finden.

EK / IKK: Die Impfleistungen sind in den Pauschalen enthalten. Dennoch gilt in diesem Fall die Ausnahmeregel, dass die Imp fziffern gesondert für die Abrechnung dokumentiert werden müssen.

Zusätzlich erhält der Hausarzt einen jährlichen Zuschlag in Höhe von 2,00 € auf jede P2 (EK) beziehungsweise jede P1 (IKK) wenn er die Grippe-Schutz- bzw. MMR-Impfquote erreicht. Die Zuschläge werden wie folgt berechnet:

Grippe-Schutz-Impfquote: Bei mindestens 55% (IKK) / 50% (EK) der HZV-Patienten ab einschl. 60 Jahren wurde eine Grippe-schutzimpfung durchgeführt. **Diese gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.**

MMR-Impfquote: Bei mindestens 90 % (IKK) der HZV-Patienten wurde die Folgeimpfung MMR bis zu ihrem 2. Lebensjahr durchgeführt. **Dies gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.**

Check-up-Quote (GU für über 35 Jährige): Bei mindestens 50 % (EK) der HZV-Patienten ab einschl. 35 Jahren wurde eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt.

Die Quoten können unter den in Anhang 4 zu Anlage 3 (IKK) / Anhang 5 zu Anlage 3 (EK) geregelten Voraussetzungen im Laufe der Vertragslaufzeit angehoben werden.

24. Wie werden DMP-Leistungen für HZV-Patienten abgerechnet?

Die DMP-Abrechnung erfolgt weiterhin über die KV. Die aktive Teilnahme des Hausarztes an den DMP Asthma, COPD, Diabetes Mellitus Typ 2 sowie KHK ist jedoch gemäß § 3 Abs. 2 f) (IKK / TK / KKH / HEK / hkk), 2 i) (GWQ), 3 g) (EK), 3 e) (AOK / Knappschaft) bzw. Abs. 3 i) (spectrumK) eine HZV-Teilnahmevoraussetzung und somit verpflichtend.

25. Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen?

Ja. Soweit ein Patient bereits zu Beginn seiner HZV-Teilnahme eine der Erkrankungen hat, die zu den in Anlage 3 des jeweiligen HZV-Vertrages definierten Krankheitsbildern gehört, die zur Abrechnung einer P3 vorliegen müssen, kann ab Teilnahmebeginn des Patienten die Pauschale P3 (bzw. P3.1 bis P3.3) abgerechnet werden.

26. Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank?

EK / TK / KKH / HEK / hkk / GWQ / spectrumK / AOK:

Als Chroniker gelten alle Patienten, die mindestens eines der in Anhang 2 zu Anlage 3 aufgeführten Krankheitsbilder aufweisen und für die mindestens eine entsprechende Diagnose gesichert dokumentiert und übermittelt wurde.

IKK / Knappschaft:

Als Chroniker gelten alle Patienten, für die mindestens eine der Diagnosen, die zu den 80 im Morbi-RSA aufgeführten Diagnosegruppen gehört, endstellig und gesichert dokumentiert und übermittelt wurde.

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

IKK / TK / KKH / HEK / hkk / GWQ / spectrumK:

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

EK / AOK / Knappschaft: Wegegelder sind Bestandteil der HZV und können für HZV-Patienten als Einzelleistung abgerechnet werden. Die Details können Anlage 3 zum HZV-Vertrag entnommen werden.

28. Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag?

Bei Verordnungen ist das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot nach den §§ 12 und 70 SGB V selbstverständlich zu beachten, d.h. die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Die Vertragspartner haben Zielerreichungsquoten im Bereich der rationalen Pharmakotherapie vereinbart (EK: Anhang 4 zu Anlage 3; IKK: Anhang 2 zu Anlage 3; GWQ / spectrumK: Anhang 3 zu Anlage 3). Werden diese erreicht, so wird der „Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie“ ausgelöst. Eine Malus-Regelung gibt es in den Verträgen nicht. Bei TK / KKH / HEK / hkk und AOK gibt es derzeit noch keine Vereinbarungen zu Zielerreichungsquoten im Bereich der rationalen Pharmakotherapie zwischen den Vertragspartnern. Im Rahmen des EK und TK-Vertrages wird der „Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie“ noch nicht vergütet. Im Vertrag mit der Knappschaft werden keine Zuschläge für eine rationale Pharmakotherapie vergütet. Eine Malus-Regelung gibt es ebenfalls nicht.

29. Was ist bei einer Kündigung der HZV-Teilnahme / Praxisaufgabe zu beachten?

Sollte der Hausarzt seine HZV-Teilnahme kündigen oder seine vertragsärztliche Zulassung zurückgeben, muss er dies dem Hausärzterverband / der HÄVG frühestmöglich – spätestens 3 Monate im Voraus – schriftlich mitteilen.

30. Was sind Doppel- und Fehlabbrechnungen?

Leistungen, die Bestandteil der HZV-Verträge und im HZV-Ziffernkranz versenkt sind, dürfen für HZV-Patienten nicht über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abgerechnet werden.

Doppelabbrechnung bedeutet, dass der Hausarzt die HZV-Leistungen für die HZV-Patienten sowohl im Rahmen der HZV als auch zusätzlich gegenüber der KV abrechnet.

Fehlabbrechnung bedeutet, dass der Hausarzt die HZV-Leistungen für HZV-Patienten ausschließlich über die KV abrechnet.

Sowohl Doppel- als auch Fehlabbrechnungen können zu einem finanziellen Schaden bei der Krankenkasse führen, den die Krankenkasse gegenüber den betroffenen Hausärzten geltend machen kann

Wie vermeide ich Doppel- und Fehlabrechnungen?

1. Im „Informationsbrief Patiententeilnahmestatus“ sind alle Ihre Patienten aufgeführt, die am jeweiligen HZV-Vertrag teilnehmen. Auch können Sie den HZV Online Key nutzen, um zu überprüfen, ob ein Patient in die HZV eingeschrieben ist. Sie erhalten umgehend eine Rückmeldung aus dem HÄVG Rechenzentrum über den HZV-Teilnahmestatus eines Vertretungspatienten oder auch eines neuen Patienten.
2. Die Honoraranlage (Anlage 3) des jeweiligen HZV-Vertrages enthält alle Leistungen, die im Rahmen des jeweiligen HZV-Vertrages abrechnet werden können. Vergleichen Sie auch hierzu unsere vertragsübergreifenden Schreibtischvorlagen.
3. Die Abrechnung aller im HZV-Zifferkranz (Anhang 1 zur Anlage 3) aufgeführten EBM-Ziffern über die KV ist für HZV-Patienten ausgeschlossen.
4. Alle HZV-Leistungen übermitteln Sie dann für Ihre HZV-Patienten im Rahmen der HZV-Abrechnung an die HÄVG Rechenzentrum GmbH. Alle weiteren EBM-Leistungen, die nicht im HZV-Zifferkranz enthalten sind, können Sie für Ihre HZV-Versicherten über die KV abrechnen.