

Fragen und Antworten (FAQs)

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Niedersachsen/Braunschweig

Stand: 01.04.2018

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?.....	5
4. Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?	5
5. Wie erfolgt die Einschreibung der Patienten?	6
6. Ab wann beginnt die Teilnahme der Patienten am Hausarztprogramm?.....	6
7. Werden Patienten, die einen anderen Hausarzt als ihren HZV-Hausarzt konsultieren, bei diesem als Privatpatient behandelt?	7
8. Was passiert, wenn ein HZV-Patient, der in einer anderen KV-Region wohnt, einen HZV-Hausarzt in Niedersachsen/Braunschweig in Vertretung aufsucht?.....	7
9. Was passiert, wenn ein Patient nicht seinen gewählten Hausarzt bzw. einen Facharzt ohne Überweisung aufsucht?	7
10. Wie ist die Vertretung im Rahmen der HZV geregelt?.....	8
11. Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV sind?	8
12. Wann wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV abgerechnet?	8
13. Was ist bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis zu beachten?	8
14. Kann der Praxispartner auch Einzelleistungen für den Betreuarzt erbringen?.....	9
15. Können Kinder, die beim Hausarzt eingeschrieben sind, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt gehen? ..	9
16. Was ändert sich im Falle einer Überweisung für eingeschriebene HZV-Patienten?	9

17. Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und abgerechnet?	9
18. Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonografie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen?.....	9
19. Wird Chirotherapie extra vergütet?	10
20. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?.....	11
21. Was ist bei der Abrechnung von Laborleistungen zu beachten?.....	11
22. Wie werden die Psychosomatik-Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis vergütet?.....	11
23. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet?	11
24. Wie werden DMP-Leistungen für HZV-Patienten abgerechnet?	12
25. Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen?.....	12
26. Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank?	13
27. Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“?	13
28. Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag?	13
29. Was ist bei einer Kündigung der HZV-Teilnahme / Praxisaufgabe zu beachten?	13
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.....	13

1. Welche Laufzeiten haben die Verträge?

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

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

Techniker Krankenkasse (TK): 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Dezember 2018.

GWQ: 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Dezember 2018.

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

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

Nachfolgend sehen Sie einen Auszug der Teilnahmevoraussetzungen für die HZV-Verträge in Niedersachsen/Braunschweig. 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	IKK classic	Techniker Krankenkasse	GWQ	spectrumK
Voraussetzungen Ärztin / Arzt				
Kassenzulassung	X	X	X	X
Vertragsarztsitz Niedersachsen	X	X	X	X
Teilnahme hausärztliche Versorgung	X	X	X	X
Teilnahme angestellter Ärzte möglich	-	X	X	-
Im Falle einer BAG: Teilnahme aller Hausärzte der BAG an der HZV	-	-	X	X
Qualifikation & Fortbildung				
Teilnahme DMP	(12 Mon. ab Vertragsteilnahme)	(6 Monate ab Vertragsteilnahme)		
Diabetes Typ 2	X	X	X	X
	X	X		

Teilnahmevoraussetzung	IKK classic	Techniker Krankenkasse	GWQ	spectrumK
Asthma	X	X	X	X
COPD	X	X	X	X
KHK			X	X
Kinder und Jugendärzte: nur DMP Asthma				
Nachweis geriatrisches Assessment	-	X (12 Mon. ab Vertragsteilnahme)	X	X
Teilnahme Qualitätszirkel (bei unterjährigem Beginn: je vollendetem Quartal ein Qualitätszirkel)	4 pro Jahr	3 pro Jahr	4 pro Jahr	4 pro Jahr
Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien	X	X	X	X
Fortbildung zu hausarzttypischen Versorgungsfeldern	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr
Einführung von Qualitätsmanagement	X	X	X	X
Qualifikation und Ausstattung zur Erbringung der folgenden Leistungen:	-	Sonografie, Langzeitblutdruck- messung und Belastungs-EKG (Persönlich, Praxispartner oder in Gerätegemeinschaft; Übergangsfrist von 12 Monaten)	-	-
Logistische Voraussetzungen				
Apparative Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät)	X	X	X	X
Ausstattung mit Praxissoftware	X	X	X	X
Onlinefähige EDV-Ausstattung	X	X	X	X

Teilnahmevoraussetzung	IKK classic	Techniker Krankenkasse	GWQ	spectrumK
HZV-Vertragssoftware	X	X	X	X
HZV-Online-Abrechnung Nimmt ein Hausarzt am GWQ- oder spectrumK-Vertrag und einem weiteren HZV-Vertrag teil, so muss die Abrechnung für alle HZV-Verträge online erfolgen.	-	-	X	X
Faxgerät	X	X	X	X
Allgemeine Voraussetzungen				
Zustimmung zur Daten-Veröffentlichung	X	X	X	X
Angebot einer wöchentlichen Früh- oder Abendterminsprechstunde oder einer Samstagsterminsprechstunde für berufstätige HZV-Patienten	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	IKK classic	Techniker Krankenkasse	GWQ	spectrumK
Gültige Mitgliedschaft bei Krankenkasse	X	X	X	X
Wohnsitz in KV-Region des Hausarztes	X*	-	-	-
Mindestalter	-	-	-	-

* Am IKK classic-Vertrag in Niedersachsen/Braunschweig können Patienten, die in Niedersachsen/Braunschweig, Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz oder Saarland wohnen, teilnehmen.

5. Wie erfolgt die Einschreibung der Patienten?

Vor Erklärung seiner HZV-Teilnahme wird der Patient von seinem Hausarzt aufgefordert, sich die Patienteninformationen zum Hausarztprogramm und zum Datenschutz sorgfältig durchzulesen. Anschließend unterschreibt der Patient die „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ und den HZV-Beleg.

IKK: Das Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte erhält der Patient. Der Durchschlag verbleibt in der Patientenakte beim Hausarzt.

GWQ / spectrumK: Die Versicherteneinschreibung erfolgt **online, ohne HZV-Beleg**. Wie bei den Verträgen der IKK 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.

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 müssen zu diesen Stichtagen im Rechenzentrum des Hausärzteverbandes (HÄVG Rechenzentrum GmbH) vorliegen. Auch die Online-Einschreibung im Rahmen des GWQ- und spectrumK-Vertrags muss bis zu den jeweiligen Stichtagen an das Rechenzentrum des Hausärzteverbandes übermittelt werden. 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 in einer anderen KV-Region wohnt, einen HZV-Hausarzt in Niedersachsen/Braunschweig in Vertretung aufsucht?

IKK: Wohnt der Patient in Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen oder Saarland, so muss die Vertreterpauschale (zzgl. Einzelleistungen) über die HZV abgerechnet werden. Wohnt der Patient in einer anderen KV-Region, müssen die erbrachten Leistungen gegenüber der KV Niedersachsen abgerechnet werden.

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

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 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 Vertreterpauschale kann nicht abgerechnet werden. Per Definition ist der Praxispartner des Betreuarztes dessen **Stellvertreter**arzt. 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?

Ja, innerhalb einer BAG / eines MVZ ist der Praxispartner der Stellvertreterarzt des Betreuarztes (vgl. Frage 15). 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 (TK/IKK: U1 bis U9 und J1; GWQ: U1 bis U10, J1; spectrumK: U1 bis U11, J1 und J2) 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 IKK-Versicherte die Einzelleistung Kinder- und Jugendvorsorge, nicht aber die Zielauftragspauschale abrechnen. Für GWQ -Versicherte kann er in diesem Fall nur die Zielauftragspauschale abrechnen. Für TK- 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:

IKK / GWQ / spectrumK: Die Sonografie wird als Einzelleistung vergütet. Für die Schilddrüsen-Sonografie erhält der behandelnde Hausarzt 11,00 €, für die Abdominelle Sonografie 21,00 € (max. 2 x pro Quartal). Diese Einzelleistungen können auch vom Vertreterarzt neben der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.

TK: 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):

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

TK: 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.

spectrumK: Die Ergometrie ist in der Pauschale enthalten. Der Vertreterarzt kann die Zielauftragspauschale abrechnen.

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?

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 P1 für die bei sich eingeschriebenen HZV-Patienten.

TK: 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.

GWQ/spectrumK: Die Psychosomatik-Leistungen werden als Einzelleistungen jeweils mit 20,00 € vergütet, sofern der Hausarzt, der die Leistung erbringt, über die Qualifikation verfügt.

23. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet?

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.

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

Grippe-Schutz-Impfquote: für mindestens 55% der HZV-Patienten ab einschl. 60 Jahren wurde eine Gripeschutzimpfung durchgeführt.

Dies gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.

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

Die Quoten können unter den in Anhang 4 zu Anlage 3 geregelten Voraussetzungen im Laufe der Vertragslaufzeit angehoben werden.

TK: Die Impfleistungen werden seit dem 1. Oktober 2017 als Einzelleistung gemäß gültiger Fassung der Richtlinie des GBA über Schutzimpfungen vergütet.

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.

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

Die DMP-Abrechnung erfolgt weiterhin über die KV. Die aktive Teilnahme an den DMP Asthma, COPD, Diabetes Mellitus Typ 2 sowie KHK ist jedoch gemäß § 3 Abs. 2 f) (IKK / TK), 3 e) (GWQ), bzw. 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 P3.4) abgerechnet werden.

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

IKK: 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.

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

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

Nein, Wegegelder sind in den Pauschalen enthalten.

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 (IKK: Anhang 2 zu Anlage 3; TK: Anhang 1 zu Anlage 10); 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. Im Rahmen des TK-Vertrages wird der „Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie“ noch nicht vergütet.

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.