

Fragen und Antworten (FAQs)

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Rheinland-Pfalz

Stand: 01.04.2019

| | | |
|-----|--|----|
| 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? | 7 |
| 4. | Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?..... | 7 |
| 5. | Wie erfolgt die Einschreibung der Patienten?..... | 7 |
| 6. | Ab wann beginnt die Teilnahme der Patienten am Hausarztprogramm? | 8 |
| 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 an der HZV teilnimmt, einen HZV-Hausarzt in Rheinland-Pfalz in Vertretung aufsucht?..... | 8 |
| 9. | Was passiert, wenn ein Patient nicht seinen gewählten Hausarzt bzw. einen Facharzt ohne Überweisung aufsucht? | 9 |
| 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? | 10 |
| 13. | Was ist bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis zu beachten?..... | 10 |
| 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? | 11 |

| | | |
|-----|--|----|
| 17. | Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und abgerechnet?..... | 11 |
| 18. | Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonografie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen? | 11 |
| 19. | Wird Chirotherapie extra vergütet?..... | 13 |
| 20. | Wird Akupunktur zusätzlich vergütet? | 13 |
| 21. | Was ist bei der Abrechnung von Laborleistungen zu beachten? | 13 |
| 22. | Wie werden die Psychosomatik-Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis vergütet? | 13 |
| 23. | Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet?..... | 14 |
| 24. | Wie werden DMP-Leistungen für HZV-Patienten abgerechnet?..... | 15 |
| 25. | Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen? | 15 |
| 26. | Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank?..... | 15 |
| 27. | Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“? | 15 |
| 28. | Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag? | 15 |
| 29. | Was ist bei einer Kündigung der HZV-Teilnahme / Praxisaufgabe zu beachten?..... | 16 |
| 30. | Was ist das Telemedizinische Versorgungsmodul und wie kann der Hausarzt teilnehmen?..... | 16 |
| 31. | Was sind Doppel- und Fehlabbrechnungen? | 16 |

1. Welche Laufzeiten haben die Verträge?

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

LKK / DAK / TK* / GWQ: 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres.

Ersatzkassen (Barmer): 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres.

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

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

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK):

 HZV-Rahmenvertrag: 3 Monate zum Jahresende

 Versorgungsmodul Anlage 3a des HZV-Rahmenvertrages (Versorgungsmodul Anlage 3a): 6 Wochen zum Ende eines Quartals

*** Die KKH, HEK und hkk haben sich 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 Rheinland-Pfalz. Die detaillierten Teilnahmevoraussetzungen können im jeweiligen HZV-Vertrag (bzw. HZV-Rahmenvertrag mit der AOK) in § 3 nachgelesen werden. Die Vertragsunterlagen sowie die Unterlagen des Versorgungsmoduls Anlage 3a finden Sie auf der Webseite des Deutschen Hausärzteverbandes unter www.hausaerzteverband.de in der Rubrik Hausarztverträge. Den HZV-Rahmenvertrag mit der AOK finden Sie auf der Website des Hausärzteverbandes Rheinland-Pfalz unter www.hausarzt-rlp.de.

| Teilnahmevoraussetzung | LKK | DAK | Ersatzkassen (Barmer) | TK, KKH, HEK, hkk | GWQ | spectrumK | IKK classic | AOK |
|--------------------------------------|-----|-----|-----------------------|-------------------|-----|-----------|-------------|-----|
| Voraussetzungen Ärztin / Arzt | | | | | | | | |
| Kassenzulassung | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Vertragsarztsitz in RLP | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Teilnahme hausärztliche Versorgung | X | X | X | X | X | X | X | X |

| Teilnahmevoraussetzung | LKK | DAK | Ersatzkassen (Barmer) | TK. KKH, HEK, hkk | GWQ | spectrumK | IKK classic | AOK |
|---|-----|---|-----------------------|---|-----|-----------|--|-----|
| Teilnahme angestellter Hausärzte möglich | - | X | - | X | X | - | - | - |
| Verpflichtende Teilnahme aller BAG-Mitglieder | - | - | - | - | X | X | - | - |
| Qualifikation & Fortbildung | | | | | | | | |
| Teilnahme DMP* | | | | (spätestens 2 Quartale nach Zugang der Teilnahmeerklärung) | | | (spätestens 12 Monate nach Teilnahmebestätigung) | |
| Diabetes Typ 2 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Asthma | X | X | X | X | X | X | X | X |
| COPD | X | X | X | X | X | X | X | X |
| KHK | X | X | X | X | X | X | X | X |
| * Kinder & Jugendärzte: nur DMP Asthma | | | | | | | | |
| Fortbildung Geriatrisches Assessment | - | - | - | X (Nach Vertragsbeitt hat der Hausarzt 12 Monate Zeit, die Qualifikation nachzuweisen) | X | X | - | - |
| Qualifikation Psychosomatik | - | X (Nach Vertragsbeitt hat der Hausarzt 12 Monate Zeit, die Qualifikation nachzuweisen) | - | - | - | - | - | - |

| Teilnahmevoraussetzung | LKK | DAK | Ersatzkassen (Barmer) | TK. KKH, HEK, hkk | GWQ | spectrumK | IKK classic | AOK |
|--|------------|--|-----------------------|---|------------|------------|-------------|-----|
| Teilnahme Qualitätszirkel (bei unterjährigem Beginn: je vollendetem Quartal ein Qualitätszirkel) | 4 pro Jahr | 4 pro Jahr | 4 pro Jahr | 3 pro Jahr | 4 pro Jahr | 4 pro Jahr | 4 pro Jahr | X |
| Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Einführung von Qualitätsmanagement | X | 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 | X |
| Qualifikation und Ausstattung zur Erbringung der folgenden Leistungen: | - | Langzeitblutdruckmessung und Belastungs-EKG (persönlich, Praxispartner oder in Gerätegemeinschaft; Übergangsfrist von 6 Monaten) | - | Sonografie, Langzeitblutdruckmessung und Belastungs-EKG (persönlich, Praxispartner oder in Gerätegemeinschaft; Übergangsfrist von 12 Monaten) | - | - | - | - |
| Logistische Voraussetzungen | | | | | | | | |

| Teilnahmevoraussetzung | LKK | DAK | Ersatzkassen (Barmer) | TK. KKH, HEK, hkk | GWQ | spectrumK | IKK classic | AOK |
|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------|------------------|--------------------|--------------------------------|
| Apparative Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät) | X (ohne Blutdruckmessgerät) | X (ohne Blutdruckmessgerät) | X (ohne Blutdruckmessgerät) | X | X | X | X | X (ohne Blutdruckmessgerät) |
| Ausstattung mit Praxissoftware | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Onlinefähige EDV-Ausstattung | X | X | X | X | X | X | X | X |
| HZV-Vertragssoftware | X | X | X | X | X | X | X | X |
| HZV-Online-Abrechnung Nimmt ein Hausarzt am GWQ- oder spectrumK-Vertrag und einem weiteren Vertrag teil, so muss die Abrechnung für alle HZV-Verträge online erfolgen. | - | - | - | - | X | X | - | - |
| Faxgerät | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Allgemeine Voraussetzungen | | | | | | | | |
| Zustimmung zur Daten-Veröffentlichung | X | 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 | LKK | DAK | EK (Barmer) | TK, KKH, HEK, hkk | GWQ | spectrumK | IKK classic | AOK |
|---|-----|-----|-------------|-------------------|-----|-----------|-------------|-----|
| Gültige Mitgliedschaft bei Krankenkasse | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Wohnsitz in KV-Region des Hausarztes | X | - | - | - | - | - | - | - |

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“.

LKK/DAK/EK/AOK:

Ein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte verbleibt in der Patientenakte beim Hausarzt und ein Exemplar erhält der Patient. AOK: Zusätzlich wird ein Exemplar via Freiumschlag an die AOK verschickt.

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

TK / KKH / HEK / hkk / IKK:

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 müssen zu diesen Stichtagen im Rechenzentrum des Hausärzterverbandes (HÄVG Rechenzentrum GmbH) vorliegen. Auch die Online-Einschreibung im Rahmen des GWQ-Vertrags muss bis zu den jeweiligen Stichtagen an das Rechenzentrum des Hausärzterverbandes 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 (AOK: siehe Vertreterregelung unter Punkt 12) – eine Abrechnung über die KV darf nicht vorgenommen werden.

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

LKK / DAK / EK/ AOK:

Es gelten die bisherigen Regelungen weiter. Die Versorgung des Patienten wird gegenüber der KV Rheinland-Pfalz abgerechnet und durch diese vergütet.

TK / KKH / HEK / hkk / GWQ:

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.

In Notfällen, sowie bei Direktbesuchen von Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzten und Augenärzten benötigt der Patient keine Überweisung.

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; AOK: Anhang 2 zum Versorgungsmodul Anlage 3a) enthalten sind, werden nicht im Rahmen der HZV vergütet und müssen 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.

AOK: Die Vertreterärzte können alle Leistungen (Ausnahme: Einschreibepauschale und die Chronikerpauschalen C1-C3), die Bestandteil des Versorgungsmoduls Anlage 3a sind, abrechnen. Eine gesonderte Vertreterpauschale ist nicht Bestandteil des Versorgungsmoduls Anlage 3a.

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 Betreuertes 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 Betreuertes 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 (vgl. Frage 14). Diese Regelung gilt auch für Einzelleistungen. Jedoch muss der Praxispartner u.U. Zusatzqualifikationen (z.B. Qualifikation zur Erbringung der Leistung 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. Kann der betreuende Hausarzt die Vorsorgeuntersuchungen, die Bestandteil der HZV sind (TK / KKH / HEK / hkk / IKK / LKK: U1 bis U9 und J1; DAK / EK / GWQ: U1 bis U10 und J1, spectrumK: U1 bis U11, J1 und J2) nicht selbst erbringen, 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 Kindervorsorge (30,00€), nicht aber die Zielauftragspauschale abrechnen. Für TK- / KKH- / HEK- / hkk- / DAK- und spectrumK-Versicherte kann er die Einzelleistungen der Kinder- und Jugendvorsorge sowie den Zielauftrag abrechnen. Für GWQ-, EK- und LKK-Versicherte kann er in diesem Fall nur die Zielauftragspauschale abrechnen.

AOK: Kindervorsorgeuntersuchungen sind nicht Bestandteil des Versorgungsmoduls Anlage 3a und werden über die KV Rheinland-Pfalz abgerechnet.

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 Kinder- und Jugendärzte). 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 [Ausnahme AOK: Die Vertreterärzte können alle Leistungen (außer Einschreibepauschale und die Chronikerpauschalen C1-C3), die Bestandteil des Versorgungsmoduls Anlage 3a sind, abrechnen. Eine gesonderte Zielauftragspauschale ist nicht Bestandteil des Versorgungsmoduls Anlage 3a.]. 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:

LKK / EK / GWQ / spectrumK / IKK:

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, EK: max. 1 x pro Quartal). 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.

DAK: Erbringt ein Vertreterarzt die Sonografie per Zielauftrag, so kann er die Zielauftragspauschale in Höhe von 17,50 € abrechnen. Darüber hinaus erhält jeder teilnehmende Arzt für die Erfüllung der Qualifikation Sonografie den Qualitätszuschlag auf die Pauschale P1.

AOK: Die Leistung Sonographie (Schilddrüse; Abdomen; Uro-Genital; Sono. der Säuglingshöften und die Sonographie weiter Organe oder Organteile) ist in den Betreuungspauschalen P2 bzw. P3 enthalten.

Ergometrie (Belastungs-EKG):

EK / GWQ / spectrumK / IKK: 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.

DAK: Die Erbringung der Leistung Ergometrie muss im Rahmen des DAK Vertrages durch den teilnehmenden Arzt sichergestellt sein, da es sich um eine Teilnahmevoraussetzung handelt. Dabei ist ausreichend, wenn ein Kollege aus der BAG/MVZ die Leistung erbringen kann. Es ist auch möglich spätestens 6 Monate nach Zugang der Teilnahmebestätigung am DAK-Vertrag eine Gerätegemeinschaft mit einem Arzt (auch Facharzt) zu bilden, der die Leistung für den Betreuarzt erbringt.
Zudem erhält jeder teilnehmende Arzt für die Erfüllung der Qualifikation Ergometrie den Qualitätszuschlag auf die Pauschale P1.

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

AOK: Das Belastungs-EKG ist Bestandteil der Betreuungspauschalen P2 bzw. P3.

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.

Ausnahme AOK: Die Vertreterärzte können alle Leistungen (außer Einschreibepauschale und die Chronikerpauschalen C1-C3), die Bestandteil des Versorgungsmoduls Anlage 3a sind, abrechnen. Eine gesonderte Zielauftragspauschale ist nicht Bestandteil des Versorgungsmoduls Anlage 3a.

20. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?

Nein. Akupunktur wird, soweit sie nach Indikation Kassenleistung ist, im Rahmen der HZV über die Pauschalen vergütet. DAK/AOK: Die Akupunkturleistungen sind nicht Bestandteil des HZV-Vertrages und müssen weiterhin über die KV abgerechnet werden.

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 10 oder 10A angefordert werden, sondern die Verrechnung erfolgt – analog Privatpatienten – direkt zwischen Arzt und Laborgemeinschaft, bzw. Facharztlabor.

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

Ausnahme AOK: Sämtliche Laborleistungen sind nicht HZV-Bestandteil (vgl. EBM-Ziffernkranz gemäß Anhang 2 zum Versorgungsmodul Anlage 3a) und werden über die KV Rheinland-Pfalz abgerechnet.

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

LKK / 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 für die bei sich eingeschriebenen HZV-Patienten.

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.

DAK / EK / GWQ / spectrumK: Die Psychosomatik-Leistungen werden als Einzelleistungen mit 20,00 € vergütet. Die entsprechende Qualifikation muss dem Betreuarzt vorliegen, um die Einzelleistung abrechnen zu können.

AOK: Die Psychosomatik Leistungen sind Bestandteil der Betreuungspauschen P2 bzw. P3.

23. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet?

Die Impfleistungen sind in den Pauschalen enthalten (Ausnahme AOK, s.u.). Dennoch gilt in diesem Fall die Ausnahmeregel, dass die Impfciffern 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: Bei mindestens 55% der HZV-Patienten ab einschl. 60 Jahren wurde eine Gripeschutzimpfung durchgeführt. **Diese gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.**

MMR-Impfquote: Bei mindestens 90% der HZV-Patienten wurde die Folgeimpfung MMR 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 / KKH / HEK / hkk:

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.

AOK: Sämtliche Impfleistungen sind nicht HZV-Bestandteil (vgl. EBM-Ziffernkranz gemäß Anhang 2 zum Versorgungsmodul Anlage 3a) und werden über die KV Rheinland-Pfalz abgerechnet.

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 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 (AOK: Anhang 1 zum Versorgungsmodul Anlage 3a) gehört, die zur Abrechnung einer P3 vorliegen müssen, kann ab Teilnahmebeginn des Patienten die Pauschale P3 abgerechnet werden.

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

LKK / DAK / EK / 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. Bei der DAK erhält man den Zuschlag auf die Chronikerpauschale nur für die Betreuung von Patienten, mit intensivem Betreuungsaufwand gemäß Anhang 2 zur Anlage 3.

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

Als Chroniker gelten alle Patienten, die mindestens eine der in Anhang 2 zu Anlage 3 (AOK: Anhang 2 zu Anlage 3 des HZV-Rahmenvertrages) aufgeführten Krankheitsbilder aufweisen und für die mindestens eine entsprechende endstellige Diagnose gesichert dokumentiert und übermittelt wurde.

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

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

Nein, Wegegelder sind in den Pauschalen enthalten.

LKK / EK / AOK:

Wegegelder sind Bestandteil der HZV und können für HZV-Patienten als Einzelleistung abgerechnet werden. Die Details können Anlage 3 zum HZV-Vertrag (AOK: Anhang 1 zum Versorgungsmodul Anlage 3a) 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 / 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 dem TK-HZV-Vertrag 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. AOK: Im Versorgungsmodul Anlage 3a gibt es keine Zielerreichungsquoten für Arzneimittel-Verordnungen.

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 ist das Telemedizinische Versorgungsmodul und wie kann der Hausarzt teilnehmen?

Das Telemedizinische Versorgungsmodul soll eine zusätzliche, intensivere telemedizinische Betreuung durch die Delegation von Leistungen an die VERAH mit telemedizinischer Weiterbildung sicherstellen. Mit diesem Versorgungsmodul wird angestrebt, die Versorgung von mobilitätseingeschränkten Patienten unter zu Hilfenahme von medizinischer Fachkompetenz und telemedizinischen Versorgungslösungen nachhaltig zu verbessern.

Das Telemedizinische Versorgungsmodul ist Bestandteil folgender HZV-Verträge:

- GWQ Service Plus AG: Anlage 15 nebst Anhängen

Um Patienten der teilnehmenden Krankenkassen telemedizinisch zu behandeln und über das Telemedizinische Versorgungsmodul abrechnen zu können, muss der Hausarzt die Telemedizinische Ausstattung und eine speziell geschulte VERAH vorhalten. Die VERAH wird durch den Anbieter der Telemedizinischen Ausstattung über die speziellen Anforderungen der Telemedizin geschult und kann anschließend die Patienten mit der Ausrüstung besuchen und versorgen.

Bitte beachten Sie, dass Sie für die Teilnahme am Telemedizinischen Versorgungsmodul eine separate Teilnahmeerklärung Hausarzt einreichen müssen. Diese finden Sie unter den Vertragsunterlagen des jeweiligen HZV-Vertrages.

31. Was sind Doppel- und Fehlabrechnungen?

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

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

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

Sowohl Doppel- als auch Fehlabrechnungen 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 abgerechnet 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.