



Rundschreiben Juni 2019 / 2

Ausbau der HZV mit dem BKK Landesverband Mitte

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie bereits im letzten Schreiben angekündigt, darf ich Ihnen heute die **Vertragsänderungen unseres HZV- Vertrags mit dem BKK Landesverband Mitte** darstellen. Auch diese Änderungen greifen ab dem 01. Juli 2019. Der Vertragsinhalt bezüglich der neu gefassten Regelung zur Betreuung chronisch kranker Patienten gemäß dem shared-decision-making Modell (SDMM) ist identisch mit dem AOK- Vertrag.

Dieser Vertrag ist der erste in RLP geschlossene HZV-Vertrag und einer der bundesweit ersten überhaupt und steht in seiner guten Kontinuität und Vertragspartnerschaft exemplarisch da. **Eine Teilnahme lohnt sich für jede hausärztliche Praxis.** Sie sollten ihn in der Umsetzung der HZV in Ihrer Administration unbedingt berücksichtigen und einbinden, liebe Kolleginnen und Kollegen. Eine Liste der teilnehmenden Krankenkassen finden Sie auf unserer Webseite.

Für die teilnehmenden BKKen gilt ab dem 01.07.19 die folgende Vergütungsanlage:

| GOP | Legende | Gebühr in € |
|-------|--|-------------|
| 92190 | Einschreibepauschale | 15,00 |
| 92191 | Steuerungs- und Koordinierungspauschale | 9,00 |
| 92192 | Pauschale neu entdeckter Diabetes mellitus | 20,00 |
| 92194 | Versorgungs-/Entlassmanagement | 15,00 |
| 90506 | Einstellung auf VKA | 15,00 |
| 90507 | Wiedereinstellung auf VKA | 15,00 |
| 90508 | Betreuungspauschale VKA | 10,00 |
| 90511 | „Chroniker“ / SDMM | 22.50 |
| | <ul style="list-style-type: none">Abrechnungsfähig 1 x im Behandlungsfall und max. 2 x im Krankheitsfall. | |
| | <ul style="list-style-type: none">Der Krankheitsfall beginnt mit dem Quartal der erstmaligen Abrechnung der Abrechnungsnummer 90511 und endet drei Abrechnungsquartale später. | |

Die Vertragstexte stellen wir Ihnen zur Einsicht / Download auf unserer Webseite zur Verfügung. Wie bereits ausgeführt, entsprechen die Änderungen des SDMM im Wortlaut denen des Add-On-Vertrags mit der AOK. Die übrigen Vertragsbestandteile bleiben unverändert.

Sowohl unser Landesverband als auch der BKK Landesverband Mitte sind an einer Weiterentwicklung der HZV interessiert. Dies demonstriert sich auch an der sehr attraktiven Vergütung. Zusätzliche Software ist nicht erforderlich. Die Abrechnung läuft über die KV.

Gerne möchte ich zahlreicher Nachfragen wegen auch nochmals auf folgende **Änderungen bzgl. AOK Vertragsanlagen** hinweisen:

- 1.) Beginn der Änderungen ist der 01.07.2019
Die bisherigen auf konkrete Diagnoseziffern bezogenen Gebührenpositionen entfallen. Der Ansatz der Chronikerziffern ist analog der GOP 03220 EBM möglich.
- 2.) **Modul 3 (= Add-On):**
nur noch 2 Ziffern !
Einschreibeziffer 90500
Chronikerziffer 90511
- 3.) **Modul 3a (Bereinigungsvertrag) :**
Einschreibepauschale E,
Betreuungspauschale Nicht- Chroniker B1
Betreuungspauschale Chroniker B2
weiterhin VKA-Therapie-Ziffern und Wegegebühren.
Vorsorge-/Impfleistungen sowie Laborleistungen weiterhin zusätzlich über die KV.

Insgesamt wünschen wir uns eine intensivere Teilnahme an den Verträgen zur Hausarzt zentrierten Versorgung. Unseren Praxen wird auf diese Weise eine deutlich bessere wirtschaftliche Grundlage ermöglicht. Die Versorgungsqualität der Patienten steigt nachweislich. Die Bereinigungsverträge stellen inzwischen eine echte Alternative zum Kollektivvertragssystem dar. Ohne die HZV wären auch im KV-System viele Besserungen nicht möglich gewesen. Durch Ihre gelebte Teilnahme an der HZV stärken Sie nachhaltig unsere politische Arbeit, innerhalb und außerhalb der Körperschaften, liebe Kolleginnen und Kollegen. Und nur durch eine starke geschlossene Gruppe wird es uns auch zukünftig gelingen erfolgreich zu sein in unserem Bemühen, die hausärztliche Versorgung flächendeckend zu sichern. Und unbedingt bedenkenswert ist folgendes: eine Praxis, in der die HZV etabliert ist und engagiert umgesetzt wird, stellt einen viel höheren Marktwert dar. So gelingt es auch noch aus der Versorgung ausscheidenden KollegenInnen eine Weitergabe ihrer Praxen zu realisieren. Auch das gilt es zu bedenken!

Bezüglich der **Erbringung notwendiger Laborleistungen** kommt es immer wieder zu Streitigkeiten zwischen Spezialisten und Hausarztpraxen. Nicht selten werden Leistungen bei Hausärzten eingefordert, die auf Grund spezialärztlicher Diagnostik und Therapie für erforderlich gehalten werden. Geschieht das ohne Absprache mit der Hausarztpraxis, ist ein solches Verhalten inakzeptabel. Grundsätzlich ist an dieser Stelle das interkollegiale Gespräch der beste Lösungsansatz. Gerne möchte ich zu bedenken geben, dass für uns Hausärzte der Laborbonus wirklich nur einen marginalen Teil unserer Vergütung ausmacht. Die Bestimmung des Kreatinin/ der GfR vor einer radiologischen Untersuchung kostet wenige Cent. Viele Spiegelbestimmungen etwa bei Psychosen sind durch Sonderziffern extrabudgetär und belasten das hausärztliche Budget nicht. Ein gleiches Vorgehen halte ich auch bei der Überprüfung von EKGs bei Patienten mit neuroleptischer oder antidepressiver Medikation für sinnvoll. Ich kenne keinen Psychiater/ Neurologen, der ein EKG vorhält und die notwendige Befundung vornehmen könnte. Es geht auch um unsere hausärztliche Kompetenz bei der Betreuung nicht nur unserer chronisch kranken Patienten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen!



Dr. Burkhard Zwerenz
Landesvorsitzender