

**Fragen und Antworten (FAQs)**  
**Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) im Saarland**  
**Stand: 25.05.2016**

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?.....	5
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?.....	6
8. Was passiert, wenn ein HZV-Patient einen Hausarzt in einer anderen KV-Region aufsucht?.....	6
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?.....	7
11. Was wird wie vergütet?.....	7
12. Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV sind?.....	9
13. Wann wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV abgerechnet?.....	9
14. Was ist bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis zu beachten?.....	9
15. Kann der Praxispartner auch Einzelleistungen für den Betreuarzt erbringen?.....	10
16. Können Kinder, die beim Hausarzt eingeschrieben sind, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt gehen?.....	10
17. Was ändert sich im Falle einer Überweisung für eingeschriebene HZV-Patienten?.....	10

<b>18. Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und abgerechnet? .....</b>	<b>10</b>
<b>19. Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonografie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen? .....</b>	<b>10</b>
<b>20. Wird Chirotherapie extra vergütet? .....</b>	<b>11</b>
<b>21. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet? .....</b>	<b>11</b>
<b>22. Was ist bei der Abrechnung von Laborleistungen zu beachten?.....</b>	<b>11</b>
<b>23. Wie werden die Psychosomatik-Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis vergütet?.....</b>	<b>12</b>
<b>24. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet? .....</b>	<b>12</b>
<b>25. Wie werden DMP-Leistungen für HZV-Patienten abgerechnet? .....</b>	<b>12</b>
<b>26. Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen?.....</b>	<b>12</b>
<b>27. Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank? .....</b>	<b>12</b>
<b>28. Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“? .....</b>	<b>13</b>
<b>29. Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag? .....</b>	<b>14</b>

## 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:

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

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

Ersatzkassen (EK): 6 Monate zum Ende eines Kalenderjahres, erstmals zum 31. Dezember 2019

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

Nachfolgend sehen Sie einen Auszug der Teilnahmevoraussetzungen für die HZV-Verträge im Saarland. Die detaillierten Teilnahmevoraussetzungen können im jeweiligen HZV-Vertrag in § 3 nachgelesen werden. Die Vertragsunterlagen finden Sie auf der Webseite des Deutschen Hausärzteverbandes unter [ww.hausaerzteverband.de](http://ww.hausaerzteverband.de) in der Rubrik Hausarztverträge.

Teilnahmevoraussetzung	Techniker Krankenkasse	GWQ-BKK	Ersatzkassen
<b>Voraussetzungen Ärztin / Arzt</b>			
Kassenzulassung	X	X	X
Vertragsarztsitz im Saarland	X	X	X
Teilnahme hausärztliche Versorgung	X	X	X
Teilnahme angestellter Hausärzte möglich	-	-	-
Im Falle einer BAG: Teilnahme aller Hausärzte der BAG an der HZV	-	X	-
<b>Qualifikation &amp; Fortbildung</b>			
Teilnahme DMP*	(spätestens 2 Quartale nach Zugang der Teilnahmeerklärung)		
Diabetes Typ 2	X	X	X
Asthma	X	X	X
COPD	X	X	X
KHK	X	X	X
*Kinder- und Jugendärzte: nur DMP Asthma			

Teilnahmevoraussetzung	Techniker Krankenkasse	GWQ-BKK	Ersatzkassen
Fortbildung Geriatrisches Assessment	X (Nach Vertragsbeitritt hat der Hausarzt 12 Monate Zeit, die Qualifikation nachzuweisen)	X	-
Qualifikation Psychosomatik	X	-	-
Teilnahme Qualitätszirkel (bei unterjährigem Beginn: je vollendetem Quartal ein Qualitätszirkel)	3 pro Jahr	4 pro Jahr	4 pro Jahr
Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien	X	X	X
Einführung von Qualitätsmanagement	X	X	X
Fortbildung zu hausarzttypischen Versorgungsfeldern	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr
Logistische Voraussetzungen			
Apparative Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, EKG, Langzeit-EKG**, Sonografie**, Spirometer, Blutzuckermessgerät) ** gilt nur für EK	X	X	X
Ausstattung mit Praxissoftware	X	X	X
Onlinefähige EDV-Ausstattung	X	X	X
HZV-Vertragssoftware	X	X	X
HZV-Online-Abrechnung* *Nimmt ein Hausarzt am GWQ-BKK-Vertrag und einem weiteren Vertrag teil, so muss die Abrechnung für alle HZV-Verträge online erfolgen.	-	X	-
Sicherstellung der Erbringung der Leistungen Langzeit-EKG, Belastungs-EKG, Langzeitblutdruckmessung und Sonografie	X (Gerätegemeinschaft kann innerhalb einer Übergangsfrist von 12 Monaten ab Zugang der Teilnahmeerklärung gebildet werden)	-	-

Teilnahmevoraussetzung	Techniker Krankenkasse	GWQ-BKK	Ersatzkassen
Einschreibung von Versicherten jünger als 10 Jahre: zusätzliche apparative Mindestausstattung (Säuglingswaage, Stadiometer und Hörtestgerät.)	-	-	X
Allgemeine Voraussetzungen			
Zustimmung zur Daten-Veröffentlichung	X	X	X
Angebot einer wöchentlichen Früh- oder Abendterminsprechstunde oder einer Samstagsterminsprechstunde für berufstätige HZV- Patienten	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	Techniker Krankenkasse	GWQ-BKK	Ersatzkassen
Gültige Mitgliedschaft bei Krankenkasse	X	X	X
Wohnsitz in KV-Region des Hausarztes	-	-	-
Mindestalter	-	-	-

### 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.

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

GWQ-BKK: 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.

Der Hausarzt ist verpflichtet sein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte 10 Jahre aufzubewahren.

Die unterzeichneten HZV-Belege für den Vertrag mit TK 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 – eine Abrechnung über die KV ist nicht möglich.

## **8. Was passiert, wenn ein HZV-Patient einen Hausarzt in einer anderen KV-Region aufsucht?**

Es gelten die bisherigen Regelungen weiter. Die Versorgung des Patienten innerhalb der anderen KV-Region wird gegenüber der jeweiligen KV abgerechnet und durch diese vergütet.

### 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 Jugendärzten und Augenärzten.

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

Grundsätzlich kann jeder HZV-Hausarzt jeden anderen HZV-Hausarzt vertreten. 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.

### 11. Was wird wie vergütet?

Pauschale / Leistung	Techniker Krankenkasse	GWQ-BKK	Ersatzkassen
Kontaktunabhängige Pauschale P1	-	65,00 € (Auszahlung zu Beginn jedes Versicherten-teilnahmejahres)	20,00 € (Auszahlung anteilig einmal pro Abrechnungsquartal)
Kontaktabhängige Pauschale P2	für das erste Halbjahr: 95 € für das zweite Halbjahr eines Versicherten-teilnahmejahres: 50 €	40,00 € (1x pro Quartal; max. 3x pro Versicherten-teilnahmejahr)	40,00 € (1x pro Quartal; max. 4 x pro Versicherten-teilnahmejahr)
Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	-	-	100,00 € (max. 1x pro Quartal, nicht abrechenbar neben P2)
Chronikerpauschale P3 (1x pro Quartal)	P 3.1: 10,00 € P 3.2: 27,50 € P 3.3: 55,00 €	30,00 €	20,00 €
Vertreterpauschale	12,50 € (1x pro Quartal)	17,50 € (1x pro Quartal)	17,50 €

<b>Pauschale / Leistung</b>	<b>Techniker Krankenkasse</b>	<b>GWQ-BKK</b>	<b>Ersatzkassen</b>
Zielauftragspauschale (je Zielauftrag)	12,50 €	17,50 €	17,50 €
Sonografie	Schilddrüse: 11,00 € (je Leistung) Abdomen: 21,00 € (max. 2x Quartal)	Schilddrüse: 11,00 € (je Leistung) Abdomen: 21,00 € (max. 2x pro Quartal)	Schilddrüse: 11,00 € (je Leistung) Abdomen: 21,00 € (max. 1x Quartal)
Belastungs-EKG	In Pauschale enthalten	26,00 € (je Leistung)	26,00 € (je Leistung)
Kleine Chirurgie	8,00 € 16,00 € 30,00 € (je Leistung)	8,00 € 16,00 € 30,00 € (je Leistung)	In Pauschale enthalten
Psychosomatik	Diagnostik 20,00 € Intervention 20,00 €	Diagnostik 20,00 € Intervention 20,00 €	Diagnostik 20,00 € Intervention 20,00 €
Verordnung medizinischer Rehabilitation	38,00 € (je Leistung)	38,00 € (je Leistung)	38,00 € (je Leistung)
Geriatrisches Basisassessment	17,00 € (je Leistung; max. 2x pro Versichertenteilnahmejahr)	17,00 € (je Leistung; max. 2x pro Versichertenteilnahmejahr)	17,00 € (je Leistung; max. 2x pro Versichertenteilnahmejahr)
Rationale Pharmakotherapie (Zuschlag auf jede P2; Auszahlung automatisch bei Quotenerreichung)	2,50 € (Zuschlag auf jede vergütete P2; zur Zeit noch nicht umgesetzt)	4,00 € (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr)	4,00 € (Zuschlag auf jede vergütete P2, zur Zeit noch nicht umgesetzt)
Überprüfung Impfstatus	-	12,00 € (max. 1x innerhalb von 2 Kalenderjahren)	-
VERAH (Zuschlag auf jede P3)	5,00 €	5,00 €	5,00 € (max. 4x pro Versichertenteilnahmejahr)



Pauschale / Leistung	Techniker Krankenkasse	GWQ-BKK	Ersatzkassen
Krebsfrüherkennung	Vergütung erfolgt über Präventionszuschlag Z1 max. 1x pro Quartal 4,00 €	Vergütung erfolgt über Präventionszuschlag Z1 max. 1x pro Quartal 4,00 €	Vergütung erfolgt über Präventionszuschlag Z1 max. 1x pro Quartal 4,00 €
Check-Up	Vergütung erfolgt über Präventionszuschlag Z1 max. 1x pro Quartal 4,00 €	Vergütung erfolgt über Präventionszuschlag Z1 max. 1x pro Quartal 4,00 €	Vergütung erfolgt über Präventionszuschlag Z1 max. 1x pro Quartal 4,00 €
Besuch	30,00 €	In Pauschale enthalten	30,00 €
Unzeit I (Mo-Fr: 19-22 Uhr, Sa/So/Feiertage: 07-19 Uhr)	25,00 € (je Leistung)	25,00 € (je Leistung)	25,00 € (je Leistung)
Unzeit II (Mo-Fr: 22-07 Uhr, Sa/So/Feiertage: 19-07 Uhr)	40,00 € (je Leistung)	40,00 € (je Leistung)	40,00 € (je Leistung)
Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	-	-	20,00 € (max. 10 x Quartal)
Hausbesuch einer VERAH bei Palliativpatienten	-	-	18,00 €

## 12. 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.

## 13. 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.

## 14. 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 und kann dadurch Leistungen am HZV-Patienten erbringen. Bei der Abrechnung werden diese wiederum dem Betreuarzt zugeordnet.

### **15. Kann der Praxispartner auch Einzelleistungen für den Betreuarzt erbringen?**

Innerhalb einer BAG/eines MVZ ist der Praxispartner der Stellvertreterarzt des Betreuarztes (vgl. Frage 14). Diese Regelung gilt auch für Einzelleistungen. Jedoch muss der Praxispartner u.U. Zusatzqualifikationen (z.B. Qualifikation zur Sonografie) vorweisen.

### **16. 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 Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang. So sind insbesondere bei Kleinkindern die Entwicklungsdiagnostik, die altersgemäßen Vorsorgeuntersuchungen oder Impfleistungen vom Betreuarzt gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.

### **17. 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.

### **18. 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.

### **19. 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:**

**GWQ-BKK/ EK:** 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 von 17,50 € 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):**

GWQ-BKK/EK: Die Ergometrie wird als Einzelleistung mit 26,00 € vergütet und kann auch vom Vertreterarzt neben der Zielauftragspauschale von 17,50 € 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. Darüber hinaus erhält der Vertreterarzt keine Vergütung.

### **20. 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.

### **21. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?**

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

### **22. 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.

### **23. Wie werden die Psychosomatik-Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis vergütet?**

Die Psychosomatik-Leistungen werden nur dann gewährt, wenn der Betreuarzt selbst diese Qualifikation besitzt. Somit erhält jeder Hausarzt, der über die Qualifikation verfügt, 20,00 € bei Erbringung der Leistung „Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände“ und 20,00 € bei Erbringung der Leistung „Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen“.

### **24. 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.

### **25. 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. 3 f (TK), 3 a (EK) bzw. 3 e (GWQ-BKK) eine HZV-Teilnahmevoraussetzung und somit verpflichtend.

### **26. 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.

### **27. Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank?**

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

EK: 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.

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

GWQ-BKK/ TK: Nein, Wegegelder sind in den Pauschalen enthalten.

EK: Wegegelder sind Bestandteil der HZV, können für HZV-Patienten wie folgt abgerechnet werden:

<b>Leistung</b>	<b>Leistungsinhalt</b>	<b>Vergütung</b>
<b>Wegepauschale A 40220</b>	Wegepauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km am Tag zwischen 7:00 Uhr und 19:00 Uhr	3,32 €
<b>Wegepauschale B 40222</b>	Wegepauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis 5 km am Tag zwischen 7:00 Uhr und 19:00 Uhr	6,52 €
<b>Wegepauschale C 40224</b>	Wegepauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km am Tag zwischen 7:00 Uhr und 19:00 Uhr	9,52 €
<b>Wegepauschale D 40226</b>	Wegepauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km in der Nacht zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr	6,52 €
<b>Wegepauschale E 40228</b>	Wegepauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis 5 km in der Nacht zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr	10,14 €
<b>Wegepauschale F 40230</b>	Wegepauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km in der Nacht zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr	13,66 €
<b>Wegepauschale G 40190</b>	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 7:00 Uhr und 19:00 Uhr	10,85 €
<b>Wegepauschale H 40192</b>	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr	15,01 €
<b>Wegepauschale I 98108</b>	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 20 km Radius bei Nacht zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr	29,20 €

<b>Wegepauschale J 40240</b>	Wegepauschale- entfernungsunabhängig– für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis	5,17 €
<b>Wegepauschale K 40260</b>	Wegepauschale– entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z.B. Altersheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Nr. 40240	2,64 €

### 29. 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 (GWQ-BKK: 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 sowie dem EK-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.