

BARMER
GEK die gesund
experten

HEK

HANSEATISCHE KRANKENKASSE

DAK
Gesundheit

hkk

KKH

Allianz 

BAYERISCHER
 **HAUSÄRZTE**
VERBAND 

"Hausarztzentrierte Versorgung" (HzV) FAQs zum HzV-Vertrag mit den Ersatzkassen

Stand 01.03.2012

PS: Auf unserer Homepage www.hausaerzte-bayern.de finden Sie unter Rubrik Haus-
ärzte/Hausarztverträge die Vertragsunterlagen sowie weitere aktuelle Informationen.

**Sollten Sie zu dem Thema HzV noch Fragen haben,
finden Sie weitere aktualisierte Informationen auf unserer Homepage**

www.hausaerzte-bayern.de

**Sollten Sie Ihre Frage dort nicht beantwortet finden, senden Sie uns
diese bitte ausschließlich**

per e-Mail an vertraege@bhaev.de

oder

per Fax an 089/127392799

Ihre Anfrage wird unverzüglich an das HzV-Team weitergeleitet.

Angaben ohne Gewähr

Inhalt	Seite
1. Beteiligte, Eckdaten und Zielsetzungen des EK HzV-Vertrages.....	6
1.1 Was ist das Ziel der HzV-Vertrages nach § 73 b SGB V?	6
1.2 Wer sind die Beteiligten an dem HzV-Vertrag?	6
1.3 Was sind die gemeinsamen Zielsetzungen der Vertragspartner?.....	6
2. Teilnahmevoraussetzungen und Nutzen für Hausärzte	7
2.1 Welchen Nutzen hat der Hausarzt von der HzV?	7
2.2 Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt bei Beginn der Teilnahme erfüllen?	7
2.3 Welche Voraussetzungen hat der Hausarzt im Laufe der HzV-Teilnahme noch zu erfüllen?.....	8
2.4 Ab wann beginnt eine HzV-Teilnahme für den Hausarzt?	8
2.5 Ist die Teilnahme an der HzV für Hausarzt oder Patient verpflichtend?.....	9
2.6 Wie funktioniert die Einschreibung des Hausarztes?.....	9
2.7 Wie kann ich meine Teilnahme am EK HzV-Vertrag beenden?.....	9
2.8 Habe ich ein Sonderkündigungsrecht bei Vertragsänderungen?.....	9
3. Patientenfragen.....	10
3.1 Welchen Nutzen hat die HzV für den Versicherten?.....	10
3.2 Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen? ...	10
3.3 Können Kinder und Jugendliche teilnehmen?	10
3.4 Wie schreibt sich der Versicherte in den HzV-Vertrag ein?	11
3.4.1 Besonderheiten für die Patienten-Einschreibung beim Start des HzV-Vertrages...	11
3.5 Entstehen dem Versicherten zusätzliche Kosten durch die Teilnahme?.....	12
3.6 Sind für Patienten, die nicht teilnehmen wollen, Einschränkungen zu befürchten?....	12
3.7 Wird die freie Arztwahl des Patienten eingeschränkt?.....	12
3.8 Was passiert, wenn ein HzV-Versicherter aus Bayern einen Arzt in einem anderen Bundesland aufsucht?	12
3.9 Was passiert, wenn ein Patient nicht seinen gewählten Hausarzt bzw. einen Facharzt ohne Überweisung aufsucht?.....	12
3.10 Was muss der Patient beim Datenaustausch beachten?	13
4. Vergütungssystem.....	14
4.1 Wie sieht die Vergütungssystematik für die Ärzte in der HzV aus?.....	14
4.2 Welche Pauschalen werden wie honoriert?.....	14
4.3 Wie ist die Vertretung geregelt?	15
4.4 Wodurch wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HzV ausgelöst?.....	15
4.5 Entsteht bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis ein Vertretungsfall?15	15

4.6	Welcher ärztliche Vertreter kann während der Urlaubszeit benannt werden?	15
4.7	Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HzV-Patienten die Chroniker-Pauschale P3 abrechnen?	16
4.8	Sind Besuche im neuen EK HzV-Vertrag abrechenbar?	17
4.9	Wie wird die Unvorhergesehene Inanspruchnahme zur Unzeit abgerechnet?	17
4.10	Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“?	17
4.11	Muss die Praxisgebühr im Rahmen des HzV-Vertrages eingezogen werden und wenn ja, wann?	17
4.12	Was passiert, wenn ein Patient die Praxisgebühr nicht beim Hausarzt zahlt?	18
4.13	Bleibt die bereits bestehende Befreiung von der Praxisgebühr für Patienten, die in DMP eingeschrieben sind, erhalten?	18
4.14	Können Kinder, wenn die ganze Familie beim Hausarzt eingeschrieben ist, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt?	18
4.15	Ist eine Überweisung an hausärztlich tätige Kinderärzte (oder auch Kinderärzte mit Spezialisierung) möglich?	18
4.16	Wie werden Überweisungen im Rahmen der HzV dokumentiert und ggf. abgerechnet?	19
4.17	Wie erfolgt der Umgang mit dem Überleitungsbogen?	19
4.18	Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Ergometrie, Sonographie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen?	19
4.19	Werden Chirotherapie/ Akupunktur/ Homöopathie und Ergometrie extra vergütet? ...	20
4.20	Wie werden Ultraschall-Untersuchungen abgerechnet?	20
4.21	Sind alle Gesundheitsuntersuchungen, Krebsvorsorge und Kindervorsorgen im Pauschalbetrag enthalten?	20
4.22	Wie sind Impfungen innerhalb der HzV EK zu dokumentieren und wie erfolgt die Abrechnung?	21
4.23	Wie werden Laborleistungen abgerechnet?	21
4.24	Ein Arzt in einer Gemeinschaftspraxis hat die Sonderzulassung Psychotherapie. Wie ist damit zu verfahren?	22
4.25	Wie werden Psychosomatik-Leistungen abgerechnet?	22
4.26	Wie werden Kleinchirurgische Eingriffe/ Versorgung chronischer Wunden in der HzV abgerechnet?	22
4.27	Sind die prä- und poststationären bzw. –operativen Leistungen Bestandteil der HzV?	22
4.28	Ist die Homöopathie Bestandteil der Grundpauschale?	23
4.29	Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HzV sind?	23
4.30	Ist eine Abrechnung der DMPs für HzV-Patienten innerhalb der HzV möglich?	23
4.31	Gibt es für Gemeinschaftspraxen mit zwei Ärzten wie bei der KV-Abrechnung einen Budget-Aufschlag von 10 Prozent als Ausgleich für Überschneidungen der Behandlung? ...	23
4.32	Wie wird der ärztliche Bereitschaftsdienst im Rahmen der HzV sichergestellt?	24

5. Abrechnung und Finanzierung	25
5.1 Wie wird der Vertrag finanziert?	25
5.2 Wie erfolgt die Bereinigung?	25
5.3 Warum ist der Betrag der monatlichen Abschlagszahlung reduziert worden?	25
5.3 Gibt es eine Fallwertbegrenzung bzgl. der Honorierung und bei welchem Euro Betrag liegt diese?	25
5.4 Welche Institution übernimmt die Abrechnung für die HzV?	26
5.5 Was ändert sich bei der Abrechnung über die HÄVG-Rechenzentrum AG gegenüber der KV-Abrechnung?	26
5.6 Welche Software ist für den Vertrag erforderlich?	26
5.7 Muss sich die Praxis ein neues Abrechnungsmodul von Ihrem Softwarehaus besorgen oder wird die Möglichkeit der Abrechenbarkeit durch ein Update sichergestellt? ..	26
5.8 Welches Mitspracherecht hat der BHÄV bei den Anforderungen an die Abrechnungssoftware?	26
5.9 Welche Leistungsziffern sind für die Abrechnung des EK HzV-Vertrages relevant und wo sind diese zu finden?	26
5.10 Ist die Höhe der Verwaltungskostenpauschale abhängig von der Mitgliedschaft beim Bayerischen Hausärzteverband?	27
5.11 Wie sieht der Datenfluss konkret aus?	27

1. Beteiligte, Eckdaten und Zielsetzungen des EK HzV-Vertrages

1.1 Was ist das Ziel der HzV-Vertrages nach § 73 b SGB V?

Das Ziel ist die effektive und effiziente Betreuung der Patienten durch die zentrale Koordinierungs- und Steuerungsfunktion des Hausarztes. Neben dem optimalen Versorgungsmanagement bilden die psychosomatische Betreuung und eine bessere Zusammenarbeit zwischen den teilnehmenden Ersatzkassen und dem Hausarzt Schwerpunkte der HzV. Außerdem erhalten die Patienten eine optimale Versorgung durch besonders qualifizierte Hausärzte.

1.2 Wer sind die Beteiligten an dem HzV-Vertrag?

Die Vertragspartner des EK HzV-Vertrages sind der Bayerische Hausärzteverband sowie die Ersatzkassen BARMER-GEK, DAK Gesundheit, hkk, HEK und KKH-Allianz. Der HzV-Vertrag wurde mittels eines Schiedsspruchs vom 17.02.2012 festgesetzt.

Beteiligte sind:

- die teilnehmenden Ersatzkassen in Bayern
- die teilnehmenden Hausärzte
- der Bayerische Hausärzteverband e.V. (BHÄV)
- die HÄVG Rechenzentrums AG als das zu Abrechnungszwecken beauftragte Rechenzentrum
- die HÄVG AG als Erfüllungsgehilfe des BHÄV.

1.3 Was sind die gemeinsamen Zielsetzungen der Vertragspartner?

Die Vertragspartner verfolgen die aufgeführten Ziele, für deren Erreichung der Vertrag die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen hat:

1. Qualitätsgesicherte und leitlinienorientierte Behandlung;
2. Hohe Patientenzufriedenheit durch die besondere „Lotsenfunktion“ des Hausarztes und die verbesserten Serviceangebote;
3. Koordination und Steuerung der gesamten Behandlung durch den Hausarzt;
4. Sachgerechte Überweisung zum Facharzt und weiteren Leistungserbringern;
5. Vermeidung von Doppeluntersuchungen.
6. Rationale und transparente Pharmakotherapie

2. Teilnahmevoraussetzungen und Nutzen für Hausärzte

2.1 Welchen Nutzen hat der Hausarzt von der HzV?

Die wesentlichen Vorteile für den teilnehmenden Hausarzt sind:

1. Der Vertrag stärkt nachhaltig die Rolle des Hausarztes in dem darin die hausärztliche Versorgungsaufgabe exakter beschrieben wird als im EBM. Damit wird der Hausarzt nicht nur in seiner Funktion als umfassender Gesundheitslotse, sondern insbesondere als erster Ansprechpartner für eine Vielzahl von Patientenproblemen anerkannt. In dieser vertraglichen Konstellation liegt darüber hinaus die Chance, diesen Versorgungsauftrag kontinuierlich fortzuentwickeln.
2. Der Hausarzt erhält eine deutlich attraktivere, transparentere und planungssichere Honorierung, weil sie auf Euro-Basis und nicht auf Punktwerten beruht, und keine Fallzahlzuwachsbegrenzung vorgesehen ist.
3. Der Vertrag erleichtert die Abrechnungs- und Dokumentationsprozesse und führt zu erheblicher Zeitersparnis. Dies entlastet den Hausarzt und kommt der Behandlung und dem Patienten zugute.

„Wichtige Schwerpunkte der neuen Honorarstruktur, die die hausärztliche Tätigkeit besser als bisher abbildet, seien die Prävention, die Vergütung von Hausbesuchen wieder als Einzelleistung, eine bessere Betreuung chronisch Kranker und geriatrischer Patienten sowie eine besondere Vergütung für die Betreuung von Palliativpatienten“ (Zitat: Dr. Jakob Berger).

2.2 Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt bei Beginn der Teilnahme erfüllen?

Für den Hausarzt bestehen bei Beginn der Teilnahme folgende Voraussetzungen:

- a) Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V;
- b) apparative Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1- Bestimmung); ggf. hinreichende apparative Ausstattung zur Behandlung und Vorsorge von Kindern unter 15 Jahren.
- c) Innerhalb einer Übergangsfrist bis zum 31.12.2012 ist von dem HAUSARZT die Berechtigung zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die Berechtigung zur Erbringung psychosomatischer Leistungen sowie die Fortbildung „Geriatrisches Assessment“ nachzuweisen; letztere ist nicht von Kinder- und Jugendärzten nachzuweisen, die dem HzV-Vertrag beitreten; für Hausärzte, die sich während der Vertragslaufzeit neu niederlassen, beträgt diese Frist 12 Monate seit Niederlassung;
- d) Teilnahme an allen hausärztlich relevanten strukturierten Behandlungsprogrammen der Ersatzkasse gemäß § 137f SGB V; Kinder- und Jugendärzte müssen nur an dem DMP Asthma teilnehmen. Einzelheiten regelt Anlage 2 des HzV-Vertrages;
- e) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V;

- f) Behindertengerechter Zugang zur Praxis bzw. Gewährleistung der Versorgung von Behinderten durch die Praxis;
- g) vom ersten Abrechnungsquartal an Ausstattung mit gemäß § 8 für diesen HzV-Vertrag zugelassener und benannter Software („Vertragssoftware“) nach Anlage 1 des HzV-Vertrages in der stets aktuellen Version;
- h) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxis (DSL (empfohlen) oder ISDN) gemäß Anlage 1 des HzV-Vertrages, sobald eine bezüglich des technischen Verfahrens zur Datenübermittlung einschlägige bundesweite Regelung getroffen worden ist;
- i) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä bzw. EKV zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem);
- j) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät);
- k) Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer des HAUSARZTES in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage der Vertragspartner und der Ersatzkassen.

2.3 Welche Voraussetzungen hat der Hausarzt im Laufe der HzV-Teilnahme noch zu erfüllen?

Der Hausarzt hat je Kalenderjahr an mindestens drei strukturierten Qualitätszirkeln, die auch indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module beinhalten, teilzunehmen und die gesetzlich vorgegebene Fortbildungspflicht gemäß § 95 d SGB V insbesondere durch Fortbildungen zu hausarzttypischen Behandlungsproblemen (z.B. patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie, Pädiatrie) zu absolvieren. Seine Behandlungen sind an hausärztlichen Leitlinien auszurichten und ein Qualitätsmanagementsystem ist in der Praxis einzuführen. Er hat Sprechstunden in der Regel von Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage, sowie eine Früh- oder Abendterminalsprechstunde ab 7.00 oder bis mindestens 20.00 Uhr einmal pro Woche oder eine Samstagsterminsprechstunde pro Woche für berufstätige HzV-Patienten.

2.4 Ab wann beginnt eine HzV-Teilnahme für den Hausarzt?

Besonderheit für den Beginn des EK HzV-Vertrages ab 01.07.2012: Hausärzte, die bereits an dem EK HzV-Vertrag von 2010 teilgenommen haben und Ihre Teilnahme nicht beendet haben, wird die Teilnahme am neuen EK HzV-Vertrag automatisch fortgesetzt.

Bei Erfüllung aller Teilnahmevoraussetzungen erhält der Hausarzt von der Dienstleistungsgesellschaft (HÄVG) eine schriftliche Teilnahmebestätigung per Fax, anschließend ein „HzV-Starterpaket“ mit Patienteninformationen (ggf. Flyer, Poster etc.). Der Teilnahmebeginn eines HzV-Hausarztes ist – anders als bei HzV-Versicherten – nicht an den Beginn eines Quartals geknüpft.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, welcher dem Hausarzt in der Teilnahmebestätigung mitgeteilt wird. Die Einschreibung der Patienten ist ab dem Folgetag möglich.

2.5 Ist die Teilnahme an der HzV für Hausarzt oder Patient verpflichtend?

Nein. Die Teilnahme an der HzV ist für den Hausarzt und für den Versicherten freiwillig.

2.6 Wie funktioniert die Einschreibung des Hausarztes?

Der Vertragstext und alle Anlagen des Vertrages sind auf den Internetseiten des BHÄV (www.hausaerzte-bayern.de) und des Deutschen Hausärzteverbandes (www.hausaerzteverband.de) veröffentlicht. Sobald der Hausarzt seine Teilnahme an der HzV mittels der Teilnahmeerklärung beantragt hat, erhält er bei Erfüllung aller Teilnahmevoraussetzungen von der Dienstleistungsgesellschaft (HÄVG) eine schriftliche Teilnahmebestätigung per Fax.

2.7 Wie kann ich meine Teilnahme am EK HzV-Vertrag beenden?

Ihre Teilnahme am EK HzV-Vertrag können Sie mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und erfordert keine sonstigen formalen Anforderungen. Ihre Kündigung senden Sie an den BHÄV oder an die HÄVG Rechenzentrums AG. Die Übermittlung des Kündigungsschreibens kann auch per Fax erfolgen.

Mit dem Ende Ihrer Teilnahme endet automatisch die HzV-Teilnahme Ihrer eingeschriebenen Patienten. Da die Patienten ihre Teilnahme gegenüber ihrer Krankenkasse erklären, läuft formal die HzV-Teilnahme der Patienten weiter. Die Ersatzkassen werden ihre an der HzV teilnehmenden Versicherten über die Beendigung Ihrer HzV-Teilnahme informieren. Dies ist einerseits mit dem Hinweis verbunden, sich auch weiterhin in Ihrer Praxis im herkömmlichen KV-System behandeln lassen zu können. Gleichzeitig klären die Ersatzkassen andererseits wettbewerbsneutral die Versicherten auf, dass die HzV-Teilnahme bei einem anderen HzV-Hausarzt möglich ist.

2.8 Habe ich ein Sonderkündigungsrecht bei Vertragsänderungen?

Der EK HzV-Vertrag sieht ein Sonderkündigungsrecht für Sie als teilnehmenden HzV-Hausarzt vor, wenn die Vertragspartner Änderungen am Vertrag oder der Honoraranlage vornehmen. Der BHÄV wird solche Änderungen den teilnehmenden Hausärzten schriftlich bekannt geben. Sie haben eine Frist von 2 Monaten ab Zugang der Mitteilung der Änderung, innerhalb derer Sie das Recht haben, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn und soweit sie sich nachteilig für Sie auswirken.

3. Patientenfragen

3.1 Welchen Nutzen hat die HzV für den Versicherten?

Der Patient erhält einen kompetenten Gesundheitslotsen, dessen Behandlung qualitätsgesichert ist und dem aktuellen medizinischen Stand entspricht. Dem HzV-Versicherten werden zusätzliche Serviceleistungen wie z. B. tägliche (Akut)-Sprechstunden (Mo.-Fr.) und eine Früh- oder Abendterminsprechstunde pro Woche (ab 7.00 oder bis mindestens 20.00 Uhr) oder eine Samstagsterminsprechstunde für **Berufstätige** angeboten. Durch den geringeren Verwaltungsaufwand des Hausarztes entstehen Zeitreserven, die dem Patienten direkt zugutekommen und eine höhere Zufriedenheit auf beiden Seiten mit sich bringen. Zusätzlich hat der HzV-Versicherte folgende weiteren Serviceangebote:

- bei vorab vereinbarten Terminen ist die Wartezeit möglichst auf max. 30 Minuten begrenzt (längere Wartezeiten können durch Notfälle und unvorhergesehene Umstände entstehen),
- Wahrnehmung der Lotsenfunktion des Hausarztes durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Förderung ambulanter Operationen unter gezielter Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen,
- Abstempeln eines Bonusheftes, sofern Leistungen betroffen sind, die vom Hausarzt erbacht wurden,
- Taggleiche Behandlung von akuten Fällen, in allen anderen Fällen ist in der Regel eine Terminvergabe zu gewährleisten. Zeitlich planbare Untersuchungen wie z. B. Vorsorgen sind davon nicht betroffen.

3.2 Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?

Teilnahmebedingungen für die Patienten ist eine gültige Versicherung bei einer teilnehmenden Ersatzkasse (Ausgenommen sind Versicherte, die einen Wahltarif Kostenerstattung oder Selbstbehalt gewählt haben oder bei denen der Leistungsanspruch ruht). Mit der Teilnahme erklärt der Versicherte eine Bindung von mindestens 12 Monaten an den gewählten HzV-Hausarzt. Während dieser Zeit dürfen Fachärzte nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden (Ausnahme: Gynäkologen und Augenärzte sowie Kinder- und Jugendärzte sowie Notfälle). Hausarztwechsel sind nur aus wichtigem Grund vor Ablauf der 12 Monate zulässig (z. B. Umzug, nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis).

3.3 Können Kinder und Jugendliche teilnehmen?

Kinder und Jugendliche können ebenso wie Erwachsene am HzV-Vertrag teilnehmen. Wenn das Kind oder der Jugendliche bereits bei einem Kinder- und Jugendarzt in einen Hausarztvertrag nach § 73 b SGB V (Pädiatrie zentrierter Versorgungsvertrag) eingeschrieben ist, ist eine weitere Einschreibung in den EK HzV-Vertrag nicht möglich.

3.4 Wie schreibt sich der Versicherte in den HzV-Vertrag ein?

Die Versicherten können online unter www.hausarzt-suche.de die teilnehmenden Hausärzte in ihrer Nähe finden. Selbstverständlich gibt ihre Ersatzkasse gerne Auskunft über die teilnehmenden Hausärzte.

Der Versicherte legt dem Hausarzt eine aktuelle Versichertenkarte vor. Der Hausarzt informiert den Versicherten über die Inhalte des HzV-Vertrages. Die Versicherten unterschreiben einmal die Teilnahmeerklärung zum HzV-Vertrag (Din A4-Dokument), welche in der Praxis verbleibt, eine Kopie erhält der Versicherte ausgehändigt. Zum anderen unterschreiben die Versicherten einen Versicherteneinschreibebeleg „Muster 16“ (Din A6, Rezeptgröße). Dieses Dokument schickt der Hausarzt per Post an die auf dem Beleg angegebene Adresse **HÄVG Rechenzentrum AG, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln**. Es empfiehlt sich ein wöchentlicher Versand der Versicherteneinschreibebelege. Die Einschreibefristen für das jeweils nachfolgende Quartal sind: **1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November** (Eingangsdatum).

Bitte beachten: Die Einschreibung der EK-Versicherten kann nur auf den EK-Patienten-Einschreibeunterlagen erfolgen.

Die Teilnahme für einen Versicherten beginnt frühestens zum nächsten Quartalsbeginn. Der Versicherte erhält von seiner Ersatzkasse ein Begrüßungsschreiben, in dem auch der Teilnahmebeginn aufgeführt ist.

3.4.1 Besonderheiten für die Patienten-Einschreibung beim Start des HzV-Vertrages

1. Fallkonstellation:

Ihre Patienten sind bei einer EK versichert und waren in den alten EK HzV-Vertrag eingeschrieben? Die Teilnahme des Patienten wird automatisch ab 01.07.2012 wieder aufgenommen.

Bitte beachten Sie: Die Patienten werden bis 26.03.2012 durch die einzelnen Ersatzkassen schriftlich informiert, dass sie ab 01.07.2012 wieder an der HzV teilnehmen. Die Patienten können der Teilnahme bis spätestens zum 26.04.2012 gegenüber der einzelnen Ersatzkasse widersprechen. Teilnehmende Ärzte erhalten rechtzeitig vor Beginn des Quartals 3/2012 den Informationsbrief Patiententeilnahmestatus Quartal 3/2012 mit ihren ab dem 01.07.2012 teilnehmenden EK-Patienten.

2. Fallkonstellation:

Ihre Patienten sind bei einer EK versichert und waren noch nicht in den alten EK HzV-Vertrag eingeschrieben?

Patienten der Ersatzkassen können Sie ab sofort wieder einschreiben. Verwenden Sie bis auf Weiteres für die Einschreibung die bisherigen Patienteneinschreibebelege des vormaligen EK HzV-Vertrages und legen Sie die Patienteninformation zum Datenschutz (als Download auf der Homepage) der Teilnahmeerklärung für den Patienten bei. Senden Sie die Patienteneinschreibebelege an HÄVG Rechenzentrum AG, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln. Bitte berücksichtigen Sie hierbei die Dauer des Postwegs. Die Patienten nehmen, nach erfolgreicher Prüfung der Versichertendaten durch die EK, ab 01.07.2012 am HzV-Vertrag teil.

Bitte beachten Sie: Sofern die Patienteneinschreibebelege bis zum 01.05.2012 eingereicht werden, kann die Teilnahme der neu einzuschreibenden Versicherten zum Quartal 3/2012 beginnen.

3.5 Entstehen dem Versicherten zusätzliche Kosten durch die Teilnahme?

Für den Versicherten entstehen durch die Teilnahme am HzV-Vertrag keine Kosten.

3.6 Sind für Patienten, die nicht teilnehmen wollen, Einschränkungen zu befürchten?

Die Versorgung von Versicherten, die nicht teilnehmen wollen, erfolgt weiterhin im Rahmen der bestehenden Regelversorgung. Der Hausarzt rechnet die entsprechenden Leistungen über die KV Bayerns ab.

3.7 Wird die freie Arztwahl des Patienten eingeschränkt?

Der Versicherte kann sich seinen HzV-Hausarzt frei auswählen, ist dann für mindestens 12 Monate an ihn gebunden. Der gewählte Hausarzt kann nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (z. B. Umzug des Hausarztes oder des Versicherten, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis). Die Wahl des Facharztes ist dem Versicherten nach Überweisung durch seinen Hausarzt freigestellt. Es empfiehlt sich eine Absprache mit dem Hausarzt.

3.8 Was passiert, wenn ein HzV-Versicherter aus Bayern einen Arzt in einem anderen Bundesland aufsucht?

Hier gelten die bisherigen Regelungen weiter. Die Krankenversicherungskarte der HzV-Versicherten bleibt eine gültige Chipkarte im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt im Rahmen des KV-Systems.

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

Durch die Teilnahme des Versicherten am HzV-Vertrag bindet sich dieser für 12 Monate an einen gewählten Hausarzt. Der Vertrag erlaubt es dem HzV-Versicherten, Gynäkologen, Augenärzte, Kinderärzte und Jugendärzte direkt, d. h. auch ohne Überweisung, aufzusuchen. Alle weiteren Facharzttrichtungen können nur mit Überweisung aufgesucht werden.

Geht der Versicherte darüber hinaus zu einem anderem Hausarzt, der auch am EK HzV-Vertrag teilnimmt, erfolgt die Behandlung innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung und der Vertretungsarzt kann die Vertreterpauschale im Rahmen der HzV abrechnen – eine Abrechnung über die KV Bayerns ist nicht möglich. Regelungen für Vertretungsfälle, z. B. Urlaub des Hausarztes, sind zwischen den Vertragspartnern so festgesetzt, dass den Versicherten keine Nachteile entstehen (z. B. bei der Praxisgebühr).

Geht der Versicherte darüber hinaus zu einem anderem Hausarzt, der nicht am EK HzV-Vertrag teilnimmt, übermittelt die KV Bayerns eine Aufstellung der Leistungen an die Ersatzkassen. Die

Behandlung durch einen anderen Hausarzt außerhalb der HzV ist eine nicht-vertragsgemäße Inanspruchnahme des Versicherten. Wenn der Versicherte ohne Überweisung einen Facharzt aufsucht, verstößt er gegen vertragliche Bestimmungen. Diese Verstöße können zu einem Ausschluss aus dem HzV-Vertrag führen. Die Mehrkosten für die nicht-vertragsgemäße Inanspruchnahme können dem Versicherten von seiner Ersatzkasse in Rechnung gestellt werden. Entsprechende Regelungen finden die Versicherten in der Satzung ihrer Ersatzkasse.

3.10 Was muss der Patient beim Datenaustausch beachten?

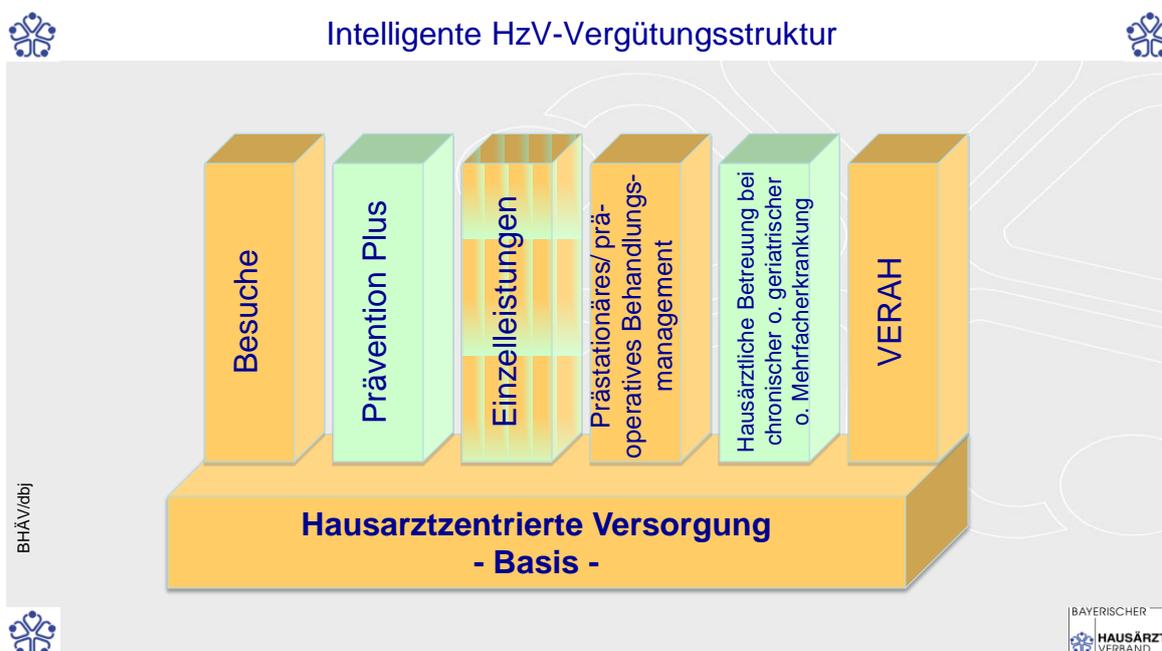
Ziel der besonderen hausärztlichen Versorgung ist die verbesserte Abstimmung der Behandlung. Dazu müssen sich die beteiligten Ärzte und Therapeuten unter Federführung des Hausarztes austauschen. Befund- und Behandlungsdaten werden dabei nicht an angestellte Therapeuten der Ersatzkassen übermittelt, sondern verbleiben in der Patientenakte des Hausarztes.

4. Vergütungssystem

4.1 Wie sieht die Vergütungssystematik für die Ärzte in der HzV aus?

Die neue Vergütungssystematik besteht aus einem Grundsockel, der die Basisversorgung widerspiegelt, sowie mehreren Versorgungsmodulen mit Einzelleistungen für jeden eingeschriebenen Versicherten. Der an der HzV teilnehmende Hausarzt erhält Honorar für das Erbringen hausärztlicher Versorgungsleistungen in einem vertraglich vereinbarten Rahmen. Für diese Leistungen sind Pauschalen und Einzelleistungen, welche einerseits die Koordinations-, Qualitäts- und Dokumentationsleistungen, andererseits die konkreten Interventionen am Patienten honorieren.

Die konkreten Ausführungen zu den Vergütungsbausteinen sind in der Honoraranlage des EK HzV-Vertrages aufgeführt. Im Folgenden erhalten Sie einen Überblick über die neue Honorarstruktur:



4.2 Welche Pauschalen werden wie honoriert?

Die kontaktabhängige Grundpauschale (P2) wird in Höhe von 40,00 EUR pro Quartal vergütet, sofern ein Arzt-Patienten-Kontakt vorliegt.

Für die Abrechnung der kontaktabhängigen Grundpauschale ist es wichtig, dass für den HzV-Betreuarzt der erste Arzt-Patienten-Kontakt („0000“) erfasst wird. Die Pauschale wird dem Hausarzt zugerechnet, bei dem der Patient eingeschrieben ist. Alle weiteren Arzt-Patienten-Kontakte eines Quartals können in der Praxissoftware erfasst werden. Diese lösen keinen Honorarbetrag in Ihrer Abrechnung aus. Es ist unschädlich, dass bei der Eingabe „0000“ kein Honorarbetrag in der Praxissoftware hinterlegt ist. Der Honorarbetrag wird vom HÄVG-

Rechenzentrum als das zu Abrechnungszwecken beauftragte Rechenzentrum automatisch zugeordnet.

Die Pauschale für die Behandlung chronisch kranker Patienten (P3) wird ebenfalls pro Quartal in Höhe von 22,00 EUR vergütet. Die Leistung wird mittels „0003“ in der Abrechnungssoftware erfasst.

Im Vertretungsfall erhält der Vertreterarzt eine Pauschale von 12,50 EUR pro Quartal. Kann eine Leistung (z.B. Belastungs-EKG) vom Betreuerarzt nicht erbracht werden, kann dieser einen Zielauftrag an einen ebenfalls an der HzV teilnehmenden Hausarzt, der diese Leistung anbietet, stellen. Der ausführende Arzt erhält hierfür eine Zielauftragspauschale in Höhe von 12,50 EUR pro Zielauftrag zzgl. der jeweils abrechnungsfähigen Leistung.

4.3 Wie ist die Vertretung geregelt?

Grundsätzlich kann jeder HzV-Hausarzt jeden anderen HzV-Hausarzt vertreten. Voraussetzung ist die Teilnahme am jeweils gleichen HzV-Vertrag. Die HzV-Versicherten werden durch ihren HzV-Arzt über die ihn vertretenden Hausärzte informiert. Vertritt ein HzV-Hausarzt seinen Kollegen, so bekommt der Vertreter die vertraglich definierte Vertreterpauschale von 12,50 EUR je Quartal. Der vertretende Hausarzt erfasst die Ziffer 0004 in seiner Praxissoftware.

4.4 Wodurch wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HzV ausgelöst?

Die Vertreterpauschale wird im Rahmen der HzV ausgelöst, wenn für die Behandlung des Versicherten kein Zielauftrag und keine Überweisung vorliegen. Der behandelnde Hausarzt muss am HzV-Vertrag teilnehmen und darf nicht der gewählte Hausarzt des Versicherten sein. Der Vertreter hat sich vor Erbringung der Leistung zu vergewissern, dass es sich um einen Vertretungsfall handelt. Die Vertreterpauschale kann innerhalb von BAGs und MVZs nicht abgerechnet werden.

4.5 Entsteht bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis ein Vertretungsfall?

Nein, innerhalb einer Gemeinschaftspraxis entsteht kein Vertretungsfall. Das Honorar (P2) für die Behandlung des Patienten erhält stets der gewählte HzV-Arzt. Die Verrechnung untereinander obliegt den Praxispartnern.

4.6 Welcher ärztliche Vertreter kann während der Urlaubszeit benannt werden?

Während der Urlaubszeit ist die Vertretung ähnlich der derzeit geltenden KV-Regelung definiert, d.h. der zu vertretende Hausarzt hat einen Vertreter zu benennen bzw. seine Patienten über die Vertretung zu informieren. Für die Teilnahme an der Vertretungsregelung ist erforderlich, dass der vertretende Hausarzt an der HzV teilnimmt. Im Vertretungsfall erhält dieser einmal pro Abrechnungsquartal eine Vertretungspauschale in Höhe von 12,50 EUR.

Ein Hausarzt, der nicht an den HzV-Verträgen teilnimmt, kann die Vertretung nicht übernehmen.

4.7 Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HzV-Patienten die Chroniker-Pauschale P3 abrechnen?

Ja. Die Chroniker-Pauschale P3 (0003) wird max. einmal pro Abrechnungsquartal bzw. max. viermal pro Versicherungsteilnahmejahr ausgezahlt. Diese Leistung wird in Höhe von 22,00 EUR nur dem Betreuarzt vergütet.

Die Chroniker-Pauschale P3 des EK HzV-Vertrages wird für die Betreuung chronisch kranker Patienten, die eine der nachfolgenden Krankheitsbilder aufweisen und für die mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose für das Abrechnungsquartal übermittelt wurde, vergütet:

In der P3 enthaltene Krankheitsbilder (siehe auch Anhang 2 zu Anlage 3)			
1	Alzheimer und Demenz	13	Hautulkus und schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen
2	angeborene, obstruktive und infektiöse Lungenerkrankungen und deren Komplikationen	14	Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen
3	Arrhythmien	15	Multiple Sklerose
4	Herzinsuffizienz inkl. Ätiologie und Komplikationen	16	Neubildungen
5	Erkrankungen der Herzklappen	17	Osteoarthritis, rheumatoide Arthritis und entzündliche Knochen-/ Bindegeweberkrankungen
6	Ischämische Herzkrankheit	18	Osteoporose und Folgeerkrankungen
7	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung und Erkrankung des Lungenkreislaufes	19	Periphere Neuropathie und Myopathie
8	Diabetes mellitus	20	Psoriasis, Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)
9	Drogen- und Alkoholmissbrauch	21	psychische Erkrankungen
10	Epilepsie	22	schwerwiegende medizinische und iatrogene Komplikationen
11	Erkrankungen der Harnwege	23	Traumatische Amputation einer Extremität
12	Erkrankungen und Verletzungen des zentralen Nervensystems der Wirbelsäule und Lähmungen	24	zerebrovaskuläre Erkrankungen

Bitte beachten Sie, dass auch Dauerdiagnosen der Patienten, auch wenn diese im Quartal nicht explizit behandelt werden, jedes Quartal dokumentiert werden. Ansonsten kann die Pauschale P3 nicht korrekt vergütet werden.

Die entsprechenden Diagnosen finden Sie im **Anhang 2** zur **Anlage 3** des EK HzV-Vertrages. **Sie erfassen die Leistung der Chroniker-Pauschale in der Praxissoftware mit „0003“.**

4.8 Sind Besuche im neuen EK HzV-Vertrag abrechenbar?

Ja. Der Haus- und Mitbesuch werden jeweils als Einzelleistung in Höhe von 30,00 EUR bzw. 11,00 EUR vergütet. Hierunter fällt auch der Besuch bei einem Versicherten in einem Alten- oder Pflegeheim.

4.9 Wie wird die Unvorhergesehene Inanspruchnahme zur Unzeit abgerechnet?

Des Weiteren sind Hausbesuche bei Inanspruchnahme zur Unzeit als Einzelleistung abrechenbar. Dafür gibt es je nach Wochentag und Uhrzeit gemäß Anlage 3 zwei verschiedene Einzelleistungsvergütungen in Höhe von 19,45 EUR bzw. 31,02 EUR. In der HzV-Abrechnung werden die Ziffern „01100, 01101, 01100B, 01101B, etc“ erfasst. Da die Leistungen in Ausnahmefällen mehrfach am Tag für einen Patienten abgerechnet werden können, die einzelne Leistung mittels Buchstaben unterschieden werden. Die wiederholt abgerechneten Inanspruchnahmen werden nicht gesondert ausgewiesen, sondern auch unter der Ziffer 01100 und 01101.

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

Ja, Wegegelder sind als Einzelleistungen im EK HzV-Vertrag enthalten. Die Wegepauschalen richten sich hinsichtlich der jeweiligen Entfernung und Vergütung nach den EBM-Wegepauschalen. Anders als bei der KV-Abrechnung (Angabe der Zone) sind die Leistungen jedoch mit den Ziffern 40220, 40222, 40224, 40226, 40228 sowie 40230 im AIS zu erfassen.

4.11 Muss die Praxisgebühr im Rahmen des HzV-Vertrages eingezogen werden und wenn ja, wann?

Die Regeln zur Praxisgebühr innerhalb der HzV entsprechen denen der Regelversorgung. Werden ausschließlich Präventionsleistungen erbracht, ist die Praxisgebühr nicht einzuziehen. Ob die Praxisgebühr eingezogen wurde, bzw. warum sie ggf. nicht eingezogen wurde, ist in der Vertragssoftware gemäß den Praxisgebührenziffern in Anlage 3 des HzV-Vertrages zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

Die Praxisgebühr ist zu Beginn des Quartals von dem Versicherten einzufordern, sofern der Versicherte keine Befreiung von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V hat oder die EK den Versicherten von der Praxisgebühr im Rahmen der HzV Teilnahme befreit. Mit dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt ist eine Praxisgebühr-Ziffer einzutragen.

Die Ziffer **80030** verwenden Sie, wenn ein Patient die **Praxisgebühr gezahlt** hat.

Die Ziffer **80032** verwenden Sie, wenn für den Patienten ein **Befreiungstatbestand** vorliegt, d.h. Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V.

Die Ziffer **80032D** verwenden Sie, wenn der Patient von der Praxisgebühr befreit ist, weil er an einem DMP-Programm seiner Krankenkasse teilnimmt.

Wird nach der Erstinanspruchnahme eines Betreuarztes im selben Quartal dessen Vertreter, z.B. wegen Urlaub/Krankheit des Betreuarztes, in Anspruch genommen, so ist eine wiederholte Erhebung der Praxisgebühr unzulässig. In dieses Fall erfolgt die Erfassung der Ziffer **80033**

(befreit, **Quittung liegt vor**). Soweit im Quartal eine Erstinanspruchnahme des Vertreters erfolgt, erhebt dieser die Praxisgebühr. Ein erneutes Erheben der Praxisgebühr durch den vertretenen Vertragsarzt ist unzulässig.

Die Ziffer **80040** ist dann bei der Abrechnung zu erfassen, wenn der Patient von der Praxisgebühr befreit ist, da ein Kassenwechsel oder die Befreiung von der Praxisgebühr, jedoch nicht von allen Zuzahlungen, nachgewiesen wurde (z.B. im Rahmen HzV-Teilnahme).

Die Ziffer **80044** ist dann bei der Abrechnung zu erfassen, wenn nach schriftlicher Aufforderung die Praxisgebühr nicht bezahlt wurde und die Zahlungsfrist abgelaufen ist.

Patienten haben die Praxisgebühr nicht zu leisten, wenn sie unter 18 Jahren sind (Ziffer **80091**) oder es sich bei der Behandlung nur um Vorsorgeuntersuchungen oder Schutzimpfungen handelt (Ziffer **80092**).

Mögliche Befreiungen von den gesetzlichen Zuzahlungen oder von der Praxisgebühr im Rahmen der HzV- oder einer DMP-Teilnahme hat der Versicherte mit einer Bescheinigung (Befreiungsausweis) in der Praxis zum Beginn des Quartals nachzuweisen. Kann der Versicherte keine Bescheinigung vorlegen, ist die Praxisgebühr einzuziehen.

4.12 Was passiert, wenn ein Patient die Praxisgebühr nicht beim Hausarzt zahlt?

Wenn ein Patient die Praxisgebühr zu Beginn des Behandlungsquartals und auch nach einer Zahlungsaufforderung nicht zahlt, dokumentieren Sie in Ihrer HzV-Abrechnung die Ziffer 80044. Diese Ziffer wird an die zuständige Ersatzkasse übermittelt, die anschließend die ausstehende Praxisgebühr bei dem Patienten einfordert. Eine Kürzung Ihres Honorars in Höhe der ausstehenden Praxisgebühr erfolgt nicht.

4.13 Bleibt die bereits bestehende Befreiung von der Praxisgebühr für Patienten, die in DMP eingeschrieben sind, erhalten?

Ja, die Regelungen zur Befreiung von der Praxisgebühr gelten auch innerhalb der HzV. Die Befreiung von der Praxisgebühr im Zusammenhang mit einer DMP-Teilnahme legt die EK für sich fest. Einen Automatismus gibt es nicht. Wenn die Patienten aufgrund von DMP bereits von der Praxisgebühr befreit sind, fällt keine Praxisgebühr aufgrund des HzV-Vertrages an.

Sie sind unter der Praxisgebührennummer 80032D hinterlegt.

4.14 Können Kinder, wenn die ganze Familie beim Hausarzt eingeschrieben ist, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt?

Grundsätzlich verpflichtet sich der Hausarzt, für alle eingeschriebenen Patienten eine dem Alter entsprechende hausärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 und J1 sind als Einzelleistungen im EK HzV-Vertrag enthalten und **sollen** deshalb auch beim Hausarzt erbracht werden.

4.15 Ist eine Überweisung an hausärztlich tätige Kinderärzte (oder auch Kinderärzte mit Spezialisierung) möglich?

Ja, der Hausarzt kann für fachärztliche Leistungen (Kinderpneumologie, -kardiologie, -chirurgie etc.), an einen Kinder- und Jugendarzt überweisen. Nimmt der Kinderarzt an der HzV teil, ist ein

Zielauftrag auszustellen. Nimmt der Kinder- und Jugendarzt nicht an der HzV teil, kann für die Behandlung eine Überweisung ausgestellt werden. Die Abrechnung erfolgt dann im Rahmen des KV-Systems.

4.16 Wie werden Überweisungen im Rahmen der HzV dokumentiert und ggf. abgerechnet?

Erfolgt eine Überweisung innerhalb der HzV, handelt es sich um einen Zielauftrag. Wird an einen nicht an der HzV teilnehmenden Arzt überwiesen, ist auf dem Überweisungsschein zu dokumentieren, dass der Versicherte an der HzV teilnimmt. Das Ausstellen einer Überweisung wird nicht zusätzlich vergütet. Wird die Leistung durch einen an der HzV teilnehmenden Hausarzt erbracht, so ist diese innerhalb der HzV über die Leistung Zielauftrag HzV abzurechnen. In der Praxissoftware ist die Ziffer 0005 zu erfassen. Die Vergütung beträgt 12,50 EUR zzgl. der abrechnungsfähigen Leistung pro Zielauftrag.

Die üblicherweise verwendeten Verdachtsdiagnosen sind auf dem Überweisungsschein anzugeben.

4.17 Wie erfolgt der Umgang mit dem Überleitungsbogen?

Der Überleitungsbogen dient der besonderen Betreuung von HzV-Patienten während bzw. nach einem Krankenhausaufenthalt, auch mittels telefonischen Kontakts mit dem Patienten. Ziel des Überleitungsmanagements ist die Überprüfung der Entlassmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung sowie die Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt).

Genauere Ausführungen zum Umgang mit dem Überleitungsbogen folgen noch.

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

Bei überwiesenen HzV-Patienten werden hausärztliche Leistungen gem. Vertrag grundsätzlich mit der Zielauftragspauschale von 12,50 EUR vergütet. Im Einzelnen stellt sich das wie folgt dar:

Lungenfunktionstest, Als Grundausstattung muss jeder Hausarzt, der sich in den Vertrag einschreibt, ein Lungenfunktionsgerät haben sowie ein Blutdruck- und Blutzuckermessgerät bzw. EKG vorhalten. Die daraus anfallenden Leistungen sind mit der Grundpauschale vergütet.

Ergometrie/ Sonographie: Hausärzte, die diese Leistungen erbringen, erhalten hierfür eine Vergütung als Einzelleistung. Für die Schilddrüsen-Sonographie erhält der behandelnde Hausarzt 8,41 EUR, für die Abdominelle Sonographie erhält der behandelnde Hausarzt 15,60 EUR, die Ergometrie wird mit 19,80 € vergütet. Des Weiteren können die CW-Doppler-Sonografie (GOP 33060 28,39 EUR/ GOP 33061 10,69 EUR) als Einzelleistungen bei Vorliegen der entsprechende Genehmigung abgerechnet werden.

Für innerhalb der HzV überwiesene Patienten gilt die Zielauftragspauschale von 12,50 EUR zzgl. der jeweiligen Leistung je Zielauftrag. Bei Vertretungsfällen gilt die Vertreterpauschale von 12,50 EUR je Quartal. In der Praxissoftware ist für den Zielauftrag die Ziffer 0005 und für die Vertreterpauschale die Ziffer 0004 zu erfassen.

4.19 Werden Chirotherapie/ Akupunktur/ Homöopathie und Ergometrie extra vergütet?

Wird die Chirotherapie durch den Hausarzt durchgeführt, ist eine zusätzliche Vergütung im Rahmen der HzV als Einzelleistung vorgesehen. Überweist der Hausarzt den Patienten zur Durchführung einer Chirotherapie an einen an der HzV teilnehmenden Hausarzt, erhält dieser aus dem HzV-Vertrag die entsprechende Einzelleistung zzgl. der Zielauftragspauschale.

Die Akupunktur ist im EK HzV-Vertrag nicht enthalten, sondern wird über die KV Bayerns abgerechnet.

Die Homöopathie wird nicht mehr über den EK HzV-Vertrag vergütet. Da die Behandlung keine EBM-Leistung darstellt, kann sie nicht über die KV Bayerns abgerechnet werden. Einige Krankenkassen bieten ihren Versicherten spezielle Homöopathieverträge an, dann kann diese Leistung gegenüber der entsprechenden Krankenkasse abgerechnet werden.

Die Ergometrie (03321) wird als Einzelleistung mit 19,80 € vergütet, das Anlegen von Langzeit-EKG (03322) mit 6,66 EUR, ein Langzeit-RR (03324) mit 7,71 EUR vergütet.

Die Auswertung des Langzeit-EKG wird gegenüber der KV Bayerns als EBM-Leistung abgerechnet und kann auch an andere auswertende Praxen als KV-Auftragsleistung weiter gegeben werden.

4.20 Wie werden Ultraschall-Untersuchungen abgerechnet?

Ultraschall-Untersuchungen sind Einzelleistungen, soweit es sich um Schilddrüsen- oder abdominelle Ultraschall-Untersuchungen handelt. Diese können mit 8,41 EUR (Schilddrüsen-Sonographie) bzw. 15,60 EUR (abdominelle Sonographie) abgerechnet werden. Des Weiteren kann die CW-Doppler-Sonografie (GOP 33060 28,39 EUR/ GOP 33061 10,69 EUR) – sofern dafür die KV-Genehmigung vorliegt - als Einzelleistungen abgerechnet werden.

4.21 Sind alle Gesundheitsuntersuchungen, Krebsvorsorge und Kinder-vorsorgen im Pauschalbetrag enthalten?

Sämtliche gesetzlich geregelten Präventionsleistungen werden im EK HzV-Vertrag als Einzelleistungen vergütet.

Die Gesundheitsuntersuchung kann max. einmal innerhalb 2 Kalenderjahre, ab dem 36. Lebensjahr in Höhe von 45,00 EUR vergütet werden. Die Gesundheitsuntersuchung orientiert sich primär nach dem Leistungsinhalt gemäß GOP 01732 des EBM, Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie. Gemäß dieser Richtlinie umfasst die Gesundheitsuntersuchung keine präventive Sonographie. Bei medizinischer Notwendigkeit kann im Zusammenhang aber die GOP 33042 als rein kurative Leistung erbracht werden.

Folgende Laborleistungen sind Inhalt der Gesundheitsuntersuchung:

a) Untersuchungen aus dem Blut (einschl. Blutentnahme): Gesamtcholesterin, Nüchtern-Glukose **und zusätzlich HDL-, LDL-Cholesterin, Triglyzeride, Kreatinin, Harnsäure**

b) Untersuchungen aus dem Urin: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit (Harnstreifentest) In der Abrechnung wird die Vorsorge über die Ziffer 01732 abgerechnet.

Die Laborleistungen in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchung sind bereits über die Einzelleistung der Gesundheitsuntersuchung abgegolten.

Darüber hinaus sieht die die GU im EK-HzV-Vertrag folgende Mehrleistungen vor:

- Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation und ggf. Umstellung der Medikation
- Überprüfung des Impfstatus einschl. der Organisation der Durchführung von fehlenden Impfungen
- Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Nikotinmissbrauch, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung mit dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten
- Ausgabe und Auswertung eines zugelassenen Tests auf okkultes Blut im Stuhl, sofern der HzV-Versicherte durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt
- Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
- Erhebung des individuellen Risikos für KHK (anerkannter geeigneter Risiko-Score, z.B. Procam oder Arriba), ggfs. mit Knöchel-Arm-Index, Osteoporose und (familiären) Darmkrebs (Fragebogen) sowie Beratung zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung, insbes. bei familiärer Vorerkrankung bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Die Hautkrebsvorsorge kann jedes Kalenderjahr, ab dem 36. Lebensjahr in Höhe von 21,20 EUR vergütet werden. Die Hautkrebsvorsorge orientiert sich nach dem Leistungsinhalt gemäß GOP 01745 sowie 01746 des EBM, Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten nach Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie.

Die Krebsvorsorge für den Mann kann einmal im Kalenderjahr ab 46. Lebensjahr und bei der Frau ab dem Alter von 20 Jahren erbracht werden. In der Abrechnung wird die Vorsorge über die Ziffern 01730 und 01731 erfasst.

Die Untersuchungen zur Kinder- und Jugendvorsorge werden als Einzelleistungen in Höhe des EBM-Honorars vergütet und werden entsprechend der EBM-Ziffern dokumentiert.

4.22 Wie sind Impfungen innerhalb der HzV EK zu dokumentieren und wie erfolgt die Abrechnung?

Alle Impfleistungen werden als Einzelleistungen analog der bayerischen Impfvereinbarung in Höhe des EBM-Honorars vergütet. Der Impfstoff kann weiterhin über den Sprechstundenbedarf abgerechnet oder per Rezept angefordert werden. Impfungen müssen gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA in der Vertragssoftware dokumentiert werden.

Die Überprüfung des Impfstatus kann **nicht mehr** als Einzelleistung mit 10,00 EUR abgerechnet werden, sondern ist Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung.

4.23 Wie werden Laborleistungen abgerechnet?

Laborleistungen, die ausschließlich für kurative Fälle erforderlich sind und nicht über das Akutlabor erbracht werden, sind – wie bei Nicht-HzV-Versicherten – über die KV Bayerns abzurechnen.

Die Leistungen des Akutlabors (dies sind: 32025, 32030, 32031, 32035E, 32035U, 32036E, 32036U, 32037E, 32038E, 32039E sowie 32045) werden über die kontaktabhängige Pauschale

vergütet, soweit sie im Anhang 1 der Anlage 3 des EK HzV-Vertrages (Ziffernkranz) entsprechend aufgeführt sind.

Die Laborleistungen in Verbindung mit der Gesundheitsuntersuchung sind über die Einzelleistung der Gesundheitsuntersuchung abgegolten. Eine Abrechnung über die KV Bayerns ist nicht zulässig.

4.24 Ein Arzt in einer Gemeinschaftspraxis hat die Sonderzulassung Psychotherapie. Wie ist damit zu verfahren?

Der EK HzV-Vertrag deckt originär hausärztliche Leistungen ab. Spezielle und fachärztliche Leistungen, die von einzelnen Hausärzten im Rahmen einer speziellen Genehmigung bzw. Qualifikation erbracht werden, werden vom EK HzV-Vertrag nicht abgedeckt. So erfolgt die Abrechnung der Psychotherapie über die KV.

4.25 Wie werden Psychosomatik-Leistungen abgerechnet?

Eine differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände kann als Einzelleistung mit 15,07 EUR einmal pro Tag abgerechnet werden. Die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen wird ebenfalls mit 15,07 EUR vergütet und kann bis zu dreimal am Tag abgerechnet werden. Die Abrechnung der Psychosomatik-Leistungen ist nur dann möglich, wenn der Hausarzt die entsprechende Qualifikation nachgewiesen hat. Die differentialdiagnostische Klärung (Ziffer 35100) und die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (35110) können nicht am selben Tag abgerechnet werden.

In der Praxissoftware ist für die differentialdiagnostische Klärung die Ziffer 35100 und für die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen die Ziffern 35110, 35110B, 35110C zu erfassen. Dabei erfasst der Hausarzt bei der ersten Sitzung die Ziffer 35110, bei der zweiten Sitzung 35110B und bei der dritten Sitzung 35110C.

4.26 Wie werden Kleinchirurgische Eingriffe/ Versorgung chronischer Wunden in der HzV abgerechnet?

Gemäß der Honoraranlage des EK HzV-Vertrages werden die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 bei Patienten entsprechend der EBM-Leistungsbeschreibung über die Grundpauschale vergütet.

Dem gegenüber ist die Versorgung chronischer Wunden (Ziffern 02310, 02311 bei Vorliegen der KV-Genehmigung und 02312) als Einzelleistungen abrechenbar.

4.27 Sind die prä- und poststationären bzw. –operativen Leistungen Bestandteil der HzV?

Die präoperative Behandlung ist Bestandteil des EK HzV-Vertrages und wird im Rahmen der Grundpauschale vergütet.

Als Einzelleistung kann jeweils die postoperative sowie poststationäre (Überleitungsmanagement) Behandlung abgerechnet werden. In Ihrer HzV-Abrechnung dokumentieren Sie die poststationäre Behandlung (Überleitungsmanagement) mit der Ziffer 2004 und die postoperative Behandlung mit der Ziffer 2005. Beide Leistungen werden jeweils in Höhe von 30,00 € vergütet.

4.28 Ist die Homöopathie Bestandteil der Grundpauschale?

Im alten EK HzV-Vertrag waren die homöopathischen Leistungen Bestandteil der Grundpauschale. Im neu geschlossenen EK HzV-Vertrag ist die Homöopathie kein Bestandteil der HzV. Da die Behandlung keine EBM-Leistung darstellt, kann sie nicht über die KV Bayerns abgerechnet werden. Einige Krankenkassen bieten ihren Versicherten spezielle Homöopathieverträge an, dann kann diese Leistung gegenüber der entsprechenden Krankenkasse abgerechnet werden.

4.29 Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HzV sind?

Leistungen, die nicht Gegenstand der HzV sind (die nicht im HzV-Ziffernkranz gemäß Anhang 1 zu Anlage 3 enthalten sind), werden im Rahmen der HzV nicht vergütet und können über die KV Bayerns abgerechnet werden. Bei der KV-Abrechnung können die EBM-Ziffer 03110-03112, 03120-03122 (Erwachsene) und 04110-04112, 04120-04122 (Kinder) nicht abgerechnet werden.

4.30 Ist eine Abrechnung der DMPs für HzV-Patienten innerhalb der HzV möglich?

Die aktive Teilnahme am DMP ist gemäß § 3 Abs. 2 d) eine Teilnahmevoraussetzung und somit verpflichtend. Die DMP-Abrechnung erfolgt auch im Falle des EK HzV-Vertrages über die KV Bayerns ausgelöst durch die eingereichten Dokumentationen.

4.31 Gibt es für Gemeinschaftspraxen mit zwei Ärzten wie bei der KV-Abrechnung einen Budget-Aufschlag von 10 Prozent als Ausgleich für Überschneidungen der Behandlung?

Nein, es gibt innerhalb des HzV-Vertrags keinerlei Budgets und auch keine damit zusammenhängenden Deckelungen oder Zuschläge. Jede Pauschale und jede Einzelleistung wird für jeden Patienten mit dem gleichen Betrag vergütet, in der Einzelpraxis wie in der Gemeinschaftspraxis.

Innerhalb einer Gemeinschaftspraxis kann die Behandlung des im Vertrag eingeschriebenen Patienten bei den HzV-Verträgen von jedem Hausarzt der BAG erbracht werden. Wird der Betreuarzt durch einen Praxiskollegen der BAG vertreten, muss die Vertragssoftware sicherstellen, dass sämtliche dokumentierten Abrechnungsdaten mit den Informationen des Praxiskollegen, im Namen des Betreuarztes übermittelt werden.

Dies bedeutet konkret: In einer Gemeinschaftspraxis kann jeder HzV-Hausarzt für den eingeschriebenen Patienten Leistungen erbringen. Die Zuordnung zum „Betreuarzt“ erfolgt bei der Erstellung der Abrechnungsdaten automatisch durch die Praxissoftware – die Leistungserfassung kann dabei durchaus mit dem Kürzel des jeweilig behandelnden Arztes erfolgen. Hierzu müssen nur die in dem „Informationsbrief Teilnahmestatus“ mitgeteilten teilnehmenden Patienten korrekt mit der dort ebenfalls mitgeteilten LANR in der Software eingetragen sein. Eine mögliche Verrechnung untereinander haben die Praxispartner eigenständig vorzunehmen.

4.32 Wie wird der ärztliche Bereitschaftsdienst im Rahmen der HzV sichergestellt?

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist für alle EK-Versicherten im Rahmen der HzV gewährleistet. Die Ersatzkassen können den Bereitschaftsdienst aus Praktikabilitätsgründen auch für die HzV durch die Regelversorgung abdecken lassen. Dies wurde gesetzlich geregelt. Im Übrigen nehmen die an der HzV teilnehmenden Hausärzte selbstverständlich weiterhin am organisierten Bereitschaftsdienst teil. Die teilnehmenden Ersatzkassen wollen die KV mit der Durchführung des Bereitschaftsdiensts beauftragen.

Im Bereitschaftsdienst können die Versicherten somit alle Ärzte aufsuchen, unabhängig davon, ob diese an der HzV teilnehmen oder nicht. Dies gilt auch für Behandlungsfälle im Urlaub bzw. an einem anderen Ort außerhalb Bayerns.

5. Abrechnung und Finanzierung

5.1 Wie wird der Vertrag finanziert?

Die HzV-Vergütung wird zum einen durch die Bereinigung der hausärztlichen Leistungen in der Regelversorgung generiert, zum anderen durch Einsparpotenziale im Rahmen der Versorgungssteuerung sowie durch leitliniengerechte Steuerung der Versorgung, zur Vermeidung von Unter-, Über- oder Fehlversorgung finanziert.

5.2 Wie erfolgt die Bereinigung?

Die Bereinigung der Gesamtvergütung ist vom Gesetzgeber in § 73 b Abs. 7 SGB V grundsätzlich geregelt. Die Bereinigung orientiert sich außerdem an der jeweiligen Systematik zur Ermittlung der Gesamtvergütung. Zu Beginn wird daher aus den vier jüngsten vorliegenden Abrechnungsquartalen, die von der KV Bayerns übermittelt wurden, der durchschnittliche Leistungsbedarf des Versicherten pro Quartal ermittelt. Dieser Betrag wird von der Gesamtvergütung abgezogen. Ab 2009 ist der Behandlungsbedarf entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag vereinbarten Inhalt der HzV zu bereinigen.

5.3 Warum ist der Betrag der monatlichen Abschlagszahlung reduziert worden?

Der Betrag der monatlichen Abschlagszahlung ist im EK HzV-Vertrag auf 11,50 EUR pro eingeschriebenen Versicherten festgesetzt worden. Neben der zu Recht von den Hausärzten eingeforderten nötigen Liquidität der Praxen muss auf der anderen Seite sichergestellt sein, dass es nicht zu Überzahlungen bei den Ärzten kommt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das per Quartalsabrechnung angeforderte Honorar geringer ausfällt, als Abschlagszahlungen geleistet wurden. Dies passiert z. B. wenn eine höhere Zahl der eingeschriebenen Versicherten den Hausarzt nicht aufsuchen und damit keinen Honoraranspruch auslösen. In der Vergangenheit hat die Höhe der Abschlagszahlungen teilweise zu höheren Überzahlungen der Hausärzte und der Notwendigkeit einer nachgelagerten Verrechnung geführt. Bei der Höhe von 11,50 EUR galt es daher beide Seiten abzuwägen. Die 11,50 EUR beruhen auf Erfahrungswerten aus der Vergangenheit.

5.3 Gibt es eine Fallwertbegrenzung bzgl. der Honorierung und bei welchem Euro Betrag liegt diese?

Im EK HzV-Vertrag wurde eine Obergrenze in Höhe von 76,00 EUR pro eingeschriebenen Versicherten und Quartal festgelegt. Diese Obergrenze wird bezogen auf die Gesamtheit der eingeschriebenen Versicherten bezogen auf die jeweilige Ersatzkasse ermittelt.

Kommt es in einem Quartal zur Überschreitung der Obergrenze für eine Ersatzkasse, erfolgt eine Quotierung des Zuschlags für den erhöhten Betreuungsaufwand chronisch Kranker (P§) und/oder anderer vom BHÄV bestimmter Vergütungspositionen.

Nähere Einzelheiten regelt der Anhang 5 zu Anlage 3 des EK HzV-Vertrages.

5.4 Welche Institution übernimmt die Abrechnung für die HzV?

Die HÄVG Rechenzentrum AG koordiniert als das vom BHÄV zu Abrechnungszwecken beauftragte Rechenzentrum die Abrechnungsmodalitäten zwischen den einzelnen Ersatzkassen und den teilnehmenden Hausärzten. Für diese Aufgabe erhält die HÄVG Rechenzentrum AG eine Vergütung aus der Verwaltungskostenpauschale aus den Quartalsabrechnungen der Hausärzte.

5.5 Was ändert sich bei der Abrechnung über die HÄVG-Rechenzentrum AG gegenüber der KV-Abrechnung?

Der Abrechnungsweg erfolgt einheitlich für alle vom BHÄV geschlossenen HzV-Verträge über die HÄVG-Rechenzentrum AG mit dem Zweck der Verwaltungsvereinfachung in den Praxen. Der gesamte Abrechnungsprozess verläuft über eine Vertragssoftware, die in der Praxissoftware als HÄVG-Prüfmodul integriert ist und ersetzt die bisherige Abrechnungspraxis. Zusammen mit dem einfachen, auf festen Eurowerten basierten Vergütungssystem, das die EBM-Vergütung ablöst, kann nach Etablierung aller Prozesse eine schnellere Honorierung der Ärzte gewährleistet werden.

5.6 Welche Software ist für den Vertrag erforderlich?

Für die Vertragssoftware gibt es gemäß Anlage 1 bestimmte Anforderungen. Ob die Vertragssoftware diese Anforderungen erfüllt, kann der Hausarzt bei seinem Anbieter erfragen. Die Softwareanbieter werden durch die HÄVG Rechenzentrum AG als das zu Abrechnungszwecken beauftragte Rechenzentrum mit den vertragspezifischen Anforderungen an die Vertragssoftware versorgt.

5.7 Muss sich die Praxis ein neues Abrechnungsmodul von Ihrem Softwarehaus besorgen oder wird die Möglichkeit der Abrechenbarkeit durch ein Update sichergestellt?

Die HÄVG Rechenzentrum AG wird zeitnah alle mit ihr kooperierenden Software-Häuser über die neuen Vertragsmodalitäten informieren. Mit einem rechtzeitig erfolgenden Update durch Ihr jeweiliges Software-Haus ist demzufolge zu rechnen.

5.8 Welches Mitspracherecht hat der BHÄV bei den Anforderungen an die Abrechnungssoftware?

Der Anforderungskatalog für die Abrechnungssoftware enthält die Abrechnungsregelungen der Honoraranlage sowie des Ziffernkranzes des EK HzV-Vertrags. Für jedes Quartal wird auf Basis möglicher Änderungen der Honoraranlage oder des Ziffernkranzes der Anforderungskatalog für die Abrechnungssoftware aktualisiert. Die Aktualisierung erfolgt durch die HÄVG Rechenzentrum AG und wird mit dem BHÄV abgestimmt. Dieser erteilt die Freigabe und erst dann erfolgt die Weiterleitung des Anforderungskataloges an die Softwarehersteller zur Programmierung.

5.9 Welche Leistungsziffern sind für die Abrechnung des EK HzV-Vertrages relevant und wo sind diese zu finden?

In der Honoraranlage des EK HzV-Vertrages finden Sie eine zusätzliche Spalte „Vorläufige Abr.-Pos. AIS“, in der die Erfassungsziffern aufgelistet sind. Mit großer Wahrscheinlichkeit werden die hier aufgeführten Abrechnungspositionen so auch ab 01.07.2012 angewendet. Zusätz-

lich finden Sie eine gesonderte Übersicht der HzV-Erfassungsziffern für den EK HzV-Vertrag sowie für alle anderen gültigen HzV-Verträge auf der Homepage des BHÄV.

5.10 Ist die Höhe der Verwaltungskostenpauschale abhängig von der Mitgliedschaft beim Bayerischen Hausärzteverband?

Ja, die Mitglieder des Bayerischen Hausärzteverbands BHÄV zahlen 3 Prozent Verwaltungskostengebühren, Nicht-Mitglieder zahlen 3,5 Prozent.

5.11 Wie sieht der Datenfluss konkret aus?

Jeder Hausarzt, der Versicherte eingeschrieben hat, versendet die Abrechnungsdaten an die HÄVG Rechenzentrums AG als das vom BHÄV zu Abrechnungszwecken beauftragte Rechenzentrum per CD (Adresse: HÄVG Rechenzentrum AG, EdmundRumpler-Str. 2, 51149 Köln). Hier findet eine Prüfung der Daten statt. Nach Abschluss der Prüfung werden die Abrechnungsdaten an die Ersatzkassen weitergeleitet, dort werden die Abrechnungsdaten abschließend geprüft. Nach Rechnungsstellung durch die HÄVG Rechenzentrum AG im Auftrag des BHÄV erfolgt die Auszahlung der Honorare von den Ersatzkassen an die HÄVG als Zahlstelle und von dort an die Hausärzte. Die Daten werden verschlüsselt übermittelt und sind somit vor unberechtigtem Zugriff geschützt.

Anlage 1: Gegenüberstellung der EK HzV-Verträge, Stand 17.02.2012

	EK HzV-Vertrag geschiedst (alt)	EK HzV-Vertrag (neu, ab 01.07.2012)
Pauschalen		
Strukturpauschale (P1)	65,00 € / Versichertenteilnahmejahr	-
Grundpauschale (P2)	40,00 € / Qu. max. 3 x / Versichertenteilnahmejahr	40 € / Qu.
Vertreterpauschale	17,50 € (1 x / Qu.)	12,50 € (2 x / Qu.)
Zielauftragspauschale	17,50 € zzgl. Einzelleistung	12,50 € zzgl. Einzelleistung
Modul Einzelleistungen Unzeit		
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	25,00 € (01100) 40,00 € (01101)	19,45 € (01100) 31,02 € (01101)
Dringender / Eiliger Besuch	In Pauschale P2	In Pauschale P2
Modul Regelmäßige Besuchstätigkeit		
Regelbesuch	In Pauschale P2	30,00 €
Mitbesuch	In Pauschale P2	11,00 €
Modul Prävention plus		
Gesundheitsuntersuchung	4,00 € / Qu. Präventions-Zuschlag bei Durchführung einer der folgenden Leistungen: GU, HKS, Krebsfrüherkennung Frau/Mann	45,00 € (EL ab 36. Lj), alle 2 Kalenderjahre
Hautkrebsscreening		21,20 € (EL ab 36. Lj), jedes Kalenderjahr
Krebsfrüherkennung Frau		17,86 €
Krebsfrüherkennung Mann		14,19 €
Überprüfung Impfstatus	10,00 € (1 x innerhalb 2 KJ)	Im Rahmen GU
Impfung	In Pauschale P2	Jeweils als EL abrechenbar, Betrag und Dokumentation analog EBM
Neugeborenscreening	In Pauschale P2	10,16 €
Labor i.R. Neugeborenscreening	In Pauschale P2	11,56 €
Kinder-/ Jugendvorsorgeuntersuchungen U1 – U9, J1 Ausgeschlossen U10, U11, J2	In Pauschale P2	Jeweils als EL abrechenbar, Betrag wie EBM
Einzelleistungen		
Überleitungsmanagement nach Krankenhausbehandlung (poststationär)	-	30,00 €
Postoperativ	In Pauschale P2	30,00 € für amb. und stat. OP
Belastungs-EKG	26,00 €	19,80 €
Langzeit-EKG	In Pauschale P2	6,66 €
Langzeit-RR	In Pauschale P2	7,71 €
Psychosomatik	20,00 € (35100) 20,00 € (35110)	15,07 € (35100) 15,07 € (35110)

	EK HzV-Vertrag geschiedst (alt)	EK HzV-Vertrag (neu, ab 01.07.2012)
Sonografie Abdomen	21,00 €	15,60 €
Sonografie Schilddrüse	11,00 €	8,41 €
CW-Doppler-Sonographie	-	10,69 € (33061) 28,39 € (33060)
Chirotherapie	In Pauschale P2	7,00 € (30201), in Pauschale P2 (30200)
Akupunktur	In Pauschale P2	EBM-Leistung über KVB abzurechnen
Hyposensibilisierung	In Pauschale P2	9,29 € (30130)
Kleine Chirurgie	8,00 € (02300) 16,00 € (02301) 30,00 € (02302)	In Pauschale P2
Versorgung chronischer Wunden	In Pauschale P2	20,33 € (02310) 13,84 € (02311) 11,04 € (02312)
Verordnung med. Reha	38,00 €	29,97 €
Rationale Pharmakotherapie	4,00 € / Qu. Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2	-
Laborleistungen	In Pauschale P2	EBM-Leistung über KVB Ausnahme: Akutlabor über Pauschale P2, Präventionslabor über jeweilige HzV-EL
Homöopathie (99600, 99602-99606)	In Pauschale P2 (99201-99203)	Über verschiedene Selektivverträge außerhalb der HzV abrechenbar
Modul für chronisch bzw. multimorbid Kranke		
Zuschlag für die Betreuung chronisch/ multimorbid Kranker	30,00 € / Qu. bei Vorliegen eines von 6 Krankheitsbildern	22,00 € / Qu. bei Vorliegen eines von 24 Krankheitsbildern (Krankheitsbilder wie TK)
Modul für geriatrische Patienten		
Hausärztliches Geriatriches Basisassessment	17,00 € (2 x VTJ)	12,97 € (2 x Versichertenteilnahmejahr)
Modul Leistungen der qualifizierten Praxismitarbeiterin „VERAH“		
VERAH	Zuschlag 5,00 € / Qu. auf P3	Zuschlag 5,00 € / Qu. auf P3
Sonstiges		
Wegepauschalen I - VI	In Pauschale P2	Jeweils als EL abrechenbar, Betrag wie EBM