

Handlungsanleitung für Hausärzte zum LKK-HzV-Vertrag Bayern

1. Einschreibung der Versicherten

- Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der LKK unabhängig vom Alter (vom Tag der Geburt).
- Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an der HzV beim Hausarzt. Sie informieren den Versicherten über die HzV und händigen ihm die „**Patienteninformation**“ aus. Dann füllen Sie gemeinsam mit dem Versicherten die „**Teilnahmeerklärung**“ und den „**Versicherteneinschreibebeleg**“ aus. Die unterschriebene Teilnahmeerklärung verbleibt in Ihren Akten.
- Den Versicherteneinschreibebeleg senden Sie bis spätestens zum 1. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn des folgenden Abrechnungsquartals (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November) an die auf dem Versicherteneinschreibebeleg angegebene Adresse.

Mit den vollständigen **Patienten-** und **Arztdaten** sowie **Datum** bedrucken!

Unterschrift des Patienten nicht vergessen!

Das Formular enthält Felder für Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Versicherungsnummer, Hausarzt, Hausärztin, Datum, Unterschrift des Patienten, Unterschrift des Hausarztes, Datum der Unterschrift des Hausarztes, Unterschrift des Hausarztes, Datum der Unterschrift des Hausarztes. Es gibt auch eine Tabelle für die Teilnahme an der HzV mit den Spalten 'Teilnahme', 'Datum' und 'Umsatz'. Ein Textfeld enthält die Teilnahmeerklärung des Patienten. Rechts oben ist die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG mit der Telefonnummer +5115+ angegeben. Unten rechts steht: 'Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an: HÄVG Rechenzentrum AG Landstr. 39-41, 42781 Haan'.

Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen „**Versicherteneinschreibebeleg**“ senden Sie bitte an die auf dem Beleg angegebene Adresse.
Bitte beachten Sie unbedingt die oben genannten Fristen bei der Übersendung der Belege!

Die Teilnahmeerklärung verbleibt in Ihrer Praxis.

Das Formular enthält die Überschrift 'Teilnahmeerklärung Hausarztprogramm' und ist in zwei Spalten unterteilt: 'Hiermit erkläre ich, dass' und 'Mir ist bekannt, dass'. Die linke Spalte enthält die Teilnahmeerklärung des Patienten, die rechte Spalte die Teilnahmeerklärung des Hausarztes. Es gibt auch eine Tabelle für die Teilnahme an der HzV mit den Spalten 'Teilnahme', 'Datum' und 'Umsatz'. Unten rechts steht: 'Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an: HÄVG Rechenzentrum AG Landstr. 39-41, 42781 Haan'.

Teilnahmeerklärung Versicherter

2. Abrechnung der an der HzV teilnehmenden Versicherten

- Die LKK prüft die übermittelten Versicherteneinschreibebelege und informiert die von ihr benannte Dienstleistungsgesellschaft, welcher Versicherte zur Teilnahme an der HzV bei Ihnen im folgenden Abrechnungsquartal berechtigt ist.
- Die von der LKK benannte Dienstleistungsgesellschaft teilt Ihnen daraufhin rechtzeitig vor Beginn des Abrechnungsquartals durch einen **Informationsbrief Patiententeilnahmestatus** mit, für welche Versicherten Sie im folgenden Abrechnungsquartal Leistungen im Rahmen der HzV erbringen und abrechnen können.
- Die der Abrechnung zugrundeliegende Erfassung und Dokumentation der ärztlichen Leistungen erfolgt in Ihrem **Praxisverwaltungssystem**, wenn dies die Umsetzung des LKK-HzV-Vertrages Bayern unterstützt. Entsprechende Nachfragen richten Sie bitte ausschließlich an Ihr Software-Haus / Ihren PVS-Hersteller.
- Alternativ kann die Abrechnung mittels der Abrechnungssoftware **HzV Modul Bayern**, welches Sie mit gesonderter Post erhalten, durchgeführt werden. Fragen zu Installation und Betrieb dieser Software richten Sie ausschließlich an folgende Rufnummer **0431/239210**.

3. Vergütung (Anlage 3 HzV-Vertrag) – Einzelheiten unter www.hausaerzteverband.de

| Pauschalen | | |
|--|-------------|--|
| P1 Kontaktunabhängige Strukturpauschale | 3,75 Euro | pro Quartal für „Mitglieder“ und „Familierversicherte“ |
| P2 A Kontaktabhängige Grundpauschale | 40,00 Euro | pro Quartal für „Mitglieder“ und „Familierversicherte“ |
| P2 B Kontaktabhängige Grundpauschale | 71,00 Euro | pro Quartal für „Altenteiler“ bzw. „Rentner“ |
| P 3 Zuschlag für chronisch kranke Patienten | 22,50 Euro | pro Quartal für „Mitglieder“ und „Familierversicherte“ |
| Vertreterpauschale / Vertreterpauschale Kinderarztvertrag | 12,50 Euro | Max. 2 pro Quartal |
| Zielauftragspauschale | 12,50 Euro | pro Leistung |
| Kleinkindpauschale | 17,50 Euro | pro Quartal |
| Einzelleistungen | | |
| Prävention , z. B. Gesundheitsuntersuchung mit / ohne Hautkrebscreening | verschieden | pro Leistung |
| Unvorgesehene Inanspruchnahme zur Unzeit / Unvorgesehene Inanspruchnahme zur Unzeit Kinderarztvertrag | 30,00 Euro | pro Leistung |
| Dringender Besuch / Dringender Besuch Kinderarztvertrag | 70,00 Euro | pro Leistung |
| Besuch | 30,00 Euro | pro Leistung |
| Mitbesuch | 11,00 Euro | pro Leistung |
| Heimbesuch | 18,00 Euro | pro Leistung, max. 4 pro HzV-Versichertem pro Quartal |
| Besuch Palliativpatient | 85,00 Euro | pro Leistung |
| Prä-, poststationäre sowie prä-, postoperative Leistungen | verschieden | pro Leistung |
| Wegepauschale – Zone A (bis 5 km ab Praxissitz) | 10,00 Euro | pro Leistung |
| Wegepauschale – Zone B (ab 5,1 km ab Praxissitz) | 15,00 Euro | pro Leistung |
| Wegepauschale – Zone C (ab 10,1 km ab Praxissitz) | 20,00 Euro | pro Leistung |

4. Weitere wichtige Informationen

| | |
|---|---|
| Bayerischer Hausärzteverband: www.hausaerzte-bayern.de | Kundenservice HÄVG (9:00 bis 17:00 Uhr) 02203 / 57 56-1111 |
| Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) www.hausaerzteverband.de | |