



## Fragen und Antworten (FAQs)

### Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Brandenburg

Stand: 01.04.2020

1. Welche Laufzeit hat der Vertrag?.....	3
2. Welche Voraussetzungen muss der Hausarzt erfüllen, um an der HZV teilzunehmen? .....	3
3. Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen? .....	4
4. Wie erfolgt die Einschreibung der Patienten? .....	5
5. Ab wann beginnt die Teilnahme der Patienten am Hausarztprogramm?.....	5
6. Werden Patienten, die einen anderen Hausarzt als ihren HZV-Hausarzt konsultieren, bei diesem als Privatpatient behandelt? .....	6
7. Was passiert, wenn ein HZV-Patient, der bei einem Hausarzt in einer anderen KV-Region an der HZV teilnimmt, einen HZV-Hausarzt in Brandenburg in Vertretung aufsucht?.....	6
8. Was passiert, wenn ein Patient nicht seinen gewählten Hausarzt bzw. einen Facharzt ohne Überweisung aufsucht?.....	6
9. Wie ist die Vertretung im Rahmen der HZV geregelt? .....	6
10. Wie werden Leistungen abgerechnet, die nicht Gegenstand der HZV sind? .....	7
11. Wann wird die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV abgerechnet? .....	7
12. Was ist bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis zu beachten? .....	7
13. Kann der Praxispartner auch Einzelleistungen für den Betreuarzt erbringen?.....	7
14. Können Kinder, die beim Hausarzt eingeschrieben sind, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt gehen? ..	7

<b>15. Was ändert sich im Falle einer Überweisung für eingeschriebene HZV-Patienten? .....</b>	<b>8</b>
<b>16. Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und abgerechnet? .....</b>	<b>8</b>
<b>17. Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonografie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen?.....</b>	<b>8</b>
<b>18. Wird Chirotherapie extra vergütet? .....</b>	<b>8</b>
<b>19. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet? .....</b>	<b>8</b>
<b>20. Was ist bei der Abrechnung von Laborleistungen zu beachten?.....</b>	<b>9</b>
<b>21. Wie werden die Psychosomatik-Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis vergütet? .....</b>	<b>9</b>
<b>22. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet?.....</b>	<b>9</b>
<b>23. Wie werden DMP-Leistungen für HZV-Patienten abgerechnet? .....</b>	<b>9</b>
<b>24. Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen? .....</b>	<b>10</b>
<b>25. Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank? .....</b>	<b>10</b>
<b>26. Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“?.....</b>	<b>11</b>
<b>27. Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen im Vertrag? .....</b>	<b>11</b>
<b>28. Was ist bei einer Kündigung der HZV-Teilnahme / Praxisaufgabe zu beachten? .....</b>	<b>11</b>
<b>29. Wie ist die telemedizinische Versorgung im Rahmen der HZV geregelt?.....</b>	<b>11</b>
<b>30. Was sind Doppel- und Fehlabbrechnungen?.....</b>	<b>11</b>

## 1. Welche Laufzeit hat der Vertrag?

Die Laufzeit des HZV-Vertrages mit der IKK classic ist unbefristet. Er kann durch den Hausärzterverband, die Krankenkasse und die HÄVG ordentlich mit folgenden Fristen gekündigt werden: 6 Monate zum Halbjahres- oder Jahresende, erstmals zum 30. Juni 2020.

Kündigt die Krankenkasse den HZV-Vertrag, gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages jedoch vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages weiter (vgl. § 73b Abs. 5a SGB V).

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

Nachfolgend sehen Sie einen Auszug der Teilnahmevoraussetzungen für den HZV-Vertrag mit der IKK classic in Brandenburg. Die detaillierten Teilnahmevoraussetzungen können in § 3 des HZV-Vertrages nachgelesen werden. Die Vertragsunterlagen finden Sie auf der Webseite des Deutschen Hausärzterverbandes unter [www.hausaerzterverband.de](http://www.hausaerzterverband.de) in der Rubrik Hausarztverträge.

Teilnahmevoraussetzung	IKK classic
<b>Voraussetzungen Ärztin / Arzt</b>	
Kassenzulassung	X
Vertragsarztsitz Brandenburg	X
Teilnahme hausärztliche Versorgung	X
Teilnahme angestellter Ärzte möglich	-
Im Falle einer BAG: Teilnahme aller Hausärzte der BAG an der HZV	-
<b>Qualifikation &amp; Fortbildung</b>	
Teilnahme <b>DMP</b>	(12 Mon. ab Vertragsteilnahme)
Diabetes Typ 2	X
Asthma	X
COPD	X
KHK	X
Kinder und Jugendärzte: nur DMP Asthma	
Nachweis geriatrisches Assessment	-

<b>Teilnahmevoraussetzung</b>	<b>IKK classic</b>
Teilnahme Qualitätszirkel (bei unterjährigem Beginn: je vollendetem Quartal ein Qualitätszirkel)	4 pro Jahr
Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien	X
Fortbildung zu hausarzttypischen Versorgungsfeldern	2 pro Jahr
Einführung von Qualitätsmanagement	X
<b>Logistische Voraussetzungen</b>	
Apparative Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät)	X
Ausstattung mit Praxissoftware	X
Onlinefähige EDV-Ausstattung	X
HZV-Vertragssoftware	X
Faxgerät	X
<b>Allgemeine Voraussetzungen</b>	
Zustimmung zur Daten-Veröffentlichung	X
Angebot einer wöchentlichen Früh- oder Abendterminsprechstunde oder einer Samstagterminsprechstunde für berufstätige HZV-Patienten	X

**3. Welche Teilnahmebedingungen muss der Patient bei der Einschreibung erfüllen?**

<b>Teilnahmevoraussetzung</b>	<b>IKK classic</b>
Gültige Mitgliedschaft bei Krankenkasse	X
Wohnsitz in KV-Region des Hausarztes	-
Mindestalter	-

#### 4. Wie erfolgt die Einschreibung der Patienten?

Vor Erklärung seiner HZV-Teilnahme wird der Patient von seinem Hausarzt über den Inhalt des Hausarztprogrammes und über die vorgesehene Datenverarbeitung und seine Betroffenenrechte informiert. Er erhält diese Information schriftlich mit der „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ und wird aufgefordert, sich diese sorgfältig durchzulesen. Anschließend unterschreibt der Patient die „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ und ggf. den „HZV-Beleg“.

Die Versicherteneinschreibung kann sowohl online (ohne HZV-Belege) als auch offline mit HZV-Beleg erfolgen. In beiden Fällen verbleibt ein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte in der Patientenakte beim Hausarzt und ein Exemplar erhält der Patient.

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

Die Übermittlung des Teilnahmewunsches der Patienten bei der Online-Einschreibung erfolgt über die Vertragssoftware.

Die unterzeichneten HZV-Belege für die Offline-Einschreibung sendet der Hausarzt regelmäßig an folgende Adresse des vom Hausärzteverband eingesetzten Rechenzentrums:

HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln

#### 5. Ab wann beginnt die Teilnahme der Patienten am Hausarztprogramm?

Es gelten folgende Einschreibefristen für Patienten:

Teilnahme zum **1. Quartal:**      **1. November**

Teilnahme zum **2. Quartal:**      **1. Februar**

Teilnahme zum **3. Quartal:**      **1. Mai – abweichend gilt hier für das 1. Einschreibequartal der 18.04.2017**

Teilnahme zum **4. Quartal:**      **1. August**

Die HZV-Belege müssen zu diesen Stichtagen im Rechenzentrum des Hausärzteverbandes (HÄVG Rechenzentrum GmbH) vorliegen. 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.

**6. 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.

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

IKK: Die Vertreterpauschale (zzgl. Einzelleistungen) muss auch KV-regionsübergreifend über die HZV abgerechnet werden. Ausnahme: Patienten, die bei einem Hausarzt aus Baden-Württemberg an der HZV teilnehmen, müssen im Vertretungsfall gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Tipp: Nutzen Sie die Online-Teilnahmeprüfung mittels HZV Online Key. Dadurch ist sichergestellt, dass Sie die Vertretungs-Patienten korrekt abrechnen.

**8. 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 und Augenärzten.

**9. Wie ist die Vertretung im Rahmen der HZV geregelt?**

Grundsätzlich kann jeder HZV-Hausarzt jeden anderen HZV-Hausarzt vertreten. Voraussetzung für die Behandlung von an der HZV teilnehmenden Patienten in Vertretung, ist die Teilnahme am selben HZV-Vertrag. Der Hausarzt ist verpflichtet mindestens einen Vertreterarzt gegenüber seinen HZV-Patienten zu benennen.

Die HZV-Patienten werden durch ihren HZV-Hausarzt über die Vertretungsmodalitäten informiert.

Sollte ein Hausarzt nicht in der Lage sein, einen Vertreterarzt vor Ort zu benennen, der ebenfalls an dem HZV-Vertrag mit der IKK classic teilnimmt, so ist er verpflichtet, dies der HÄVG unter Angabe von Gründen und eines alternativen Vertreterarztes mitzuteilen. Die HÄVG führt in diesen Fällen eine Klärung mit der IKK classic herbei.

#### **10. 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.

#### **11. 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.

#### **12. Was ist bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis zu beachten?**

Innerhalb einer BAG / eines MVZ (auch fachübergreifend) entsteht kein Vertretungsfall, d.h. die Vertreterpauschale kann nicht abgerechnet werden. Per Definition ist der Praxispartner des Betreuertes dessen **Stellvertreter**arzt. Er übernimmt somit bei Bedarf stellvertretend für den Betreuarzt die Behandlung des HZV-Patienten. Der Stellvertreter rechnet die erbrachten Leistungen entweder über sein eigenes HZV-Modul ab oder verwendet das HZV-Modul des Betreuertes unter Angabe seiner LANR als Behandler. Bei der Abrechnung werden die Leistungen wiederum dem Betreuarzt zugeordnet und vergütet.

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

Ja, innerhalb einer BAG / eines MVZ ist der Praxispartner der Stellvertreterarzt des Betreuertes (vgl. Frage 12). Diese Regelung gilt auch für Einzelleistungen. Jedoch muss der Praxispartner u.U. Zusatzqualifikationen (z.B. Qualifikation zur Sonografie) vorweisen.

#### **14. Können Kinder, die beim Hausarzt eingeschrieben sind, trotzdem zur Vorsorge oder auch zur Behandlung zum Kinderarzt gehen?**

Grundsätzlich können Kinder und Jugendärzte auch ohne Überweisung aufgesucht werden. Der Hausarzt verpflichtet sich jedoch, für alle eingeschriebenen Patienten eine dem Alter entsprechende hausärztliche Versorgung zu gewährleisten. Sofern der betreuende Hausarzt die Vorsorgeuntersuchungen, die Bestandteil der HZV sind (U1 bis U9 und J1) nicht selbst erbringen kann, steht es ihm frei, einen an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen per Zielauftrag einzubinden. Die Patienten benötigen in diesem Fall also eine Überweisung vom Hausarzt. Der leistungserbringende Kinder- und Jugendarzt kann dann gemäß Anlage 3 für die Einzelleistung Kinder- und Jugendvorsorge, nicht aber die Zielauftragspauschale abrechnen.

### **15. 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 Kinderärzte). Selbstverständlich kann der Patient im Notfall ohne Überweisung fachärztlich behandelt werden.

### **16. 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.

### **17. 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:** 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 abgerechnet werden.

**Ergometrie (Belastungs-EKG):** Die Ergometrie wird als Einzelleistung mit 26,00 € vergütet und kann auch vom Vertreterarzt neben der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.

### **18. 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.

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

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



## 20. 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 10A angefordert werden, sondern die Verrechnung erfolgt – analog Privatpatienten – direkt zwischen Arzt und Laborgemeinschaft.

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

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

Der Psychosomatik-Zuschlag wird nur dann gewährt, wenn der Betreuarzt selbst diese Qualifikation besitzt. Somit erhält jeder Hausarzt, der über die Qualifikation verfügt, den Zuschlag auf die P1 für die bei sich eingeschriebenen HZV-Patienten.

## 22. 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.

Zusätzlich erhält der Hausarzt einen jährlichen Zuschlag in Höhe von 2,00 € auf jede P1 wenn er die Grippe-Schutz- bzw. MMR-Impfquote erreicht. Die Zuschläge werden wie folgt berechnet:

Grippe-Schutz-Impfquote: für mindestens 55% der HZV-Patienten ab einschl. 60 Jahren wurde eine Gripeschutzimpfung durchgeführt.

**Dies gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.**

MMR-Impfquote: für mindestens 90 % der HZV-Patienten wurde die Folgeimpfung MMR/MMRV bis zu ihrem 2. Lebensjahr durchgeführt. **Dies gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.**

Die Quoten können unter den in Anhang 4 zu Anlage 3 geregelten Voraussetzungen im Laufe der Vertragslaufzeit angehoben werden.

## 23. 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. 2 f) eine HZV-Teilnahmevoraussetzung und somit verpflichtend.

#### **24. 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 chronische Erkrankung hat, kann ab Teilnahmebeginn des Patienten die Pauschale P3 abgerechnet werden.

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

Als Chroniker gelten alle Patienten, bei denen eine chronische Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf vorliegt (Leistungsbeschreibung siehe Anlage 3). Für diese Patienten muss eine entsprechende Diagnose Erkrankung gesichert dokumentiert und übermittelt werden.

Eine Erkrankung gilt gem. Anlage 3 der HZV-Verträge als chronisch, wenn mindestens eines der nachfolgenden Merkmale vorliegt:

- a) Pflegebedürftigkeit (mind. Pflegegrad 3)
- b) Grad der Behinderung/Schädigungsfolgen bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit  $\geq 60\%$
- c) Notwendigkeit einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung, ohne die eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

#### GWQ:

Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Eine chronische Erkrankung im Sinne der hausarztzentrierten Versorgung setzt daher eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) durch den Hausarzt voraus, ohne die nach hausärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Die Chronifizierung einer Erkrankung muss aus der Dokumentation erkennbar sein. Hierbei sind die Vorgaben der jeweils aktuell gültigen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu berücksichtigen. Es ist so spezifisch wie möglich zu dokumentieren, Restklassen sollen nur verwendet werden, falls keine hinreichende Spezifität für eine Zuordnung zu einer der spezifischeren Schlüsselnummern möglich ist. Bei Erkrankungen, bei denen es verschiedene Stadien (akut, subakute und chronisch) möglich sind, ist die Chronifizierung eindeutig zu dokumentieren. Es sind alle Diagnosen zu dokumentieren, die zum jeweils vorliegenden klinischen Bild gehören. Die alleinige Dokumentation von Befunden/Symptomen, äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität oder Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ist nicht zur Belegung einer chronischen Erkrankung ausreichend.

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

Nein, Wegegelder sind in den Pauschalen enthalten.

**27. 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 (Anhang 2 zu Anlage 3). Werden diese erreicht, so wird der „Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie“ ausgelöst. Eine Malus-Regelung gibt es in den Verträgen nicht.

**28. Was ist bei einer Kündigung der HZV-Teilnahme / Praxisaufgabe zu beachten?**

Sollte der Hausarzt seine HZV-Teilnahme kündigen oder seine vertragsärztliche Zulassung zurückgeben, muss er dies dem Hausärzterverband/der HÄVG frühestmöglich – spätestens 3 Monate im Voraus – schriftlich mitteilen.

**29. Wie ist die telemedizinische Versorgung im Rahmen der HZV geregelt?**

VERAH mit telemedizinischer Ausstattung:

In dem HZV-Vertrag mit der TK ist die VERAH mit telemedizinischer Ausstattung als Einzelleistung Bestandteil der Anlage 3 „Vergütung und Abrechnung“. Bitte beachten Sie, dass Sie für die Erbringung sowie Abrechnung dieser Einzelleistung einen separaten Nachweis einreichen müssen. Den Nachweis finden Sie unter dem Reiter „vertragsübergreifende Dokumente“.

**30. Was sind Doppel- und Fehlabrechnungen?**

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

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

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

Sowohl Doppel- als auch Fehlabrechnungen können zu einem finanziellen Schaden bei der Krankenkasse führen, den die Krankenkasse gegenüber den betroffenen Hausärzten geltend machen kann.

### **Wie vermeide ich Doppel- und Fehlabrechnungen?**

1. Im „Informationsbrief Patiententeilnahmestatus“ sind alle Ihre Patienten aufgeführt, die am jeweiligen HZV-Vertrag teilnehmen. Auch können Sie den HZV Online Key nutzen, um zu überprüfen, ob ein Patient in die HZV eingeschrieben ist. Sie erhalten umgehend eine Rückmeldung aus dem HÄVG Rechenzentrum über den HZV-Teilnahmestatus eines Vertretungspatienten oder auch eines neuen Patienten.
2. Die Honoraranlage (Anlage 3) des jeweiligen HZV-Vertrages enthält alle Leistungen, die im Rahmen des jeweiligen HZV-Vertrages abgerechnet werden können. Vergleichen Sie auch hierzu unsere vertragsübergreifenden Schreibtischvorlagen.
3. Die Abrechnung aller im HZV-Zifferkranz (Anhang 1 zur Anlage 3) aufgeführten EBM-Ziffern über die KV ist für HZV-Patienten ausgeschlossen.
4. Alle HZV-Leistungen übermitteln Sie dann für Ihre HZV-Patienten im Rahmen der HZV-Abrechnung an die HÄVG Rechenzentrum GmbH. Alle weiteren EBM-Leistungen, die nicht im HZV-Zifferkranz enthalten sind, können Sie für Ihre HZV-Versicherten über die KV abrechnen.