



Bayerischer Hausärzterverband e.V. (BHÄV)

Aktuelle Informationen zum TK-HzV-Vertrag

Stand: 22.07.2011





TK-HzV-Vertrag Bayern – Warum teilnehmen?



Festes, planbares Honorar in EUR und Cent!

Deutlich höhere Behandlungswerte als im KV-System mit floatendem RLV und QZ!

Umsetzung der berufspolitischen Forderung nach eigenständiger Vertrags- und Tarifautonomie!

Einfluss des BHÄV auf die Definition hausärztlicher Tätigkeit durch eine Weiterentwicklung sinnvoller hausärztlicher Versorgung im Rahmen von Selektivverträgen außerhalb der Körperschaft Kassenärztliche Vereinigung!

Richtschnur für anstehenden Schiedsverfahren!





**Versorgungsstart ist der 01. Oktober 2011
(Q 4/2011).**

**Sowohl für die Ärzte als auch die Patienten besteht ein
Widerrufs- bzw. Sonderkündigungsrecht.**

**Alle Hausärzte, die im Jahr 2010 am EK-HzV-Vertrag
teilgenommen haben, nehmen automatisch am
TK-HzV-Vertrag Bayern teil.**

**Kündigungsmöglichkeit Hausärzte zum 26.07.2011,
dann keine Teilnahme ab 01.10.2011.**





Alle Patienten, die im Jahr 2010 am EK-HzV-Vertrag teilgenommen haben und noch bei der TK versichert sind, nehmen automatisch am neuen TK-HzV-Vertrag teil.

Information an die TK-Versicherten über Widerrufsrecht wird am 28.07.2011 versandt.

Es können weiterhin Patienten über die alten EK-Muster 16 Einschreibebelege in das HzV-Programm eingeschrieben werden.

Zusätzlich können die neuen Einschreibeunterlagen der TK genutzt werden. Bestellfax auf der Homepage eingestellt.

Sobald sich etwas an den Einschreibemodalitäten ändert, werden HÄVG / BHÄV entsprechend informieren.

Einschreibungen, wirksam zum 01.01.2012, müssen bis zum 01.11.2011 an die HÄVG geschickt werden





Änderungen Teilnahmevoraussetzung HAUSARZT

1. **Nachweis per Selbstauskunft, dass Gerätegemeinschaft gegründet wurde bis 31.12.2012**
2. **Drei Qualitätszirkel (QZ) pro Kalenderjahr anstelle von zwei QZ**

Änderungen Vertragsmodalitäten

1. Hausbesuche werden mit 30 € vergütet
2. Versichertenobergrenze (nicht Behandlungsfallwert !!!) beträgt 76 €
3. Teilnahme der Patienten i.d.R. ab dem 15. Lebensjahr. Bestehende Arzt-Patienten-Beziehungen und Kinder- und Jugendärzte betrifft dies nicht.
4. Aufnahme eines neuen Grundsatzes in Anhang 1: „Laborleistungen, welche in diesem Anhang in den Pauschalen enthalten sind, jedoch nicht vom teilnehmenden Hausarzt erbracht werden (können), dürfen nicht mittels „Muster-10-Schein“ (Überweisungsschein) an Dritte in Auftrag gegeben werden.“





Honorarstruktur (Anlage 3)

<u>P1</u>	Entfällt
<u>P2</u>	1. Halbjahr (erster APK): 95,00 € 2. Halbjahr (zweiter APK): 50,00 €
<u>P3.1</u>	Eine hausarztrelevante Diagnose aus den vereinbarten Krankheitsbildern 10,00 €
<u>P3.2</u>	Zwei hausarztrelevante Diagnosen, egal aus welchem der vereinbarten Krankheitsbilder (Komorbidität): 27,50 €
<u>P3.3</u>	Ab dritter hausarztrelevanter Diagnose, egal aus welchem der vereinbarten Krankheitsbilder (Multimorbidität): 55,00 €

Die Pauschalen P3.1 bis P3.3 sind nicht nebeneinander im selben Quartal abrechenbar





Erläuterung der P2 Systematik (Anlage 3)

Kontaktabhängige Pauschale

Max. 1 x pro Versichertenteilnahmehalbjahr

Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr

Für den 1. Arzt-Patienten-Kontakt eines Versichertenteilnahmejahres erhält der Arzt für ein Versichertenteilnahmehalbjahr 95,00 EUR, für einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt im zweiten Versichertenteilnahmehalbjahr erhält der Arzt 50,00 EUR.

Besonderheiten:

Sollte der erste APK erst im zweiten Versichertenteilnahmehalbjahr stattfinden, werden dem Hausarzt 95,00 € vergütet. Findet im zweiten Halbjahr ebenfalls der zweite APK statt, werden die 50,00 € nicht ausgezahlt. Mit Beginn des neuen Versichertenteilnahmejahres und Stattfinden eines erneuten APK, werden dem Hausarzt wieder 95,00 € vergütet. **WICHTIG** ist hier also der Halbjahresbezug!





P3 relevante Krankheitsbilder



(vereinbarte ICD's im Anhang 2, alter EK-Anhang 2 komplett ersetzt)

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





Folgende Einzelleistungen sind im TK-Vertrag enthalten:

1. Unvorhergesehene Inanspruchnahme I: 25 EUR
2. Unvorhergesehene Inanspruchnahme II: 40 EUR
3. Verordnung von medizinischer Rehabilitation: 38 EUR
4. Kleinchirurgischer Eingriff I: 8 EUR
5. Kleinchirurgischer Eingriff II: 16 EUR
6. Kleinchirurgischer Eingriff III: 30 EUR
7. Hausärztlich-geriatisches Basisassessment: 17 EUR
8. Schilddrüsen-Sonographie: 11 EUR
9. Abdominelle-Sonographie: 21 EUR
10. Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände: 20 EUR
11. Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen: 20 EUR
12. Hausbesuch: 30 EUR





Folgende Zuschläge sind im TK-Vertrag enthalten:

1. Z1 Präventionszuschlag 4,00 €
2. Z2 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie 2,50 €
3. Z3 VERAH-Zuschlag auf P3





Vertragsstruktur

- 1. Durchführung der Arzt- und Versicherteneinschreibung:
Kein Unterschied zum alten EK-HzV-Vertrag.**
- 2. Für das 4. Quartal 2011 läuft die Einschreibefrist am 18.07.2011 ab.**
- 3. Abschlagszahlungen (in Höhe von 11,50 €): Jeweils monatlich zum 1. Kalendertag für den Vormonat. Für Q4/2011 also am 01.11.11/ 01.12.11/ 01.01.12.**
- 4. Abrechnung: Übermittlung wie gewohnt nach Ablauf des Abrechnungsquartals per CD am 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats an die Dienstleistungsgesellschaft übermittelt.**





TK HzV-Vertrag – TK-Fallbeispiel 1



Multimorbider Patient (mit Diagnosen aus mehr als zwei der vereinbarten Krankheitsbilder), Arztkontakte in jedem Quartal

P2 fürs 1. Halbjahr	95,00 Euro
P2 fürs 2. Halbjahr	50,00 Euro
Pharmakotherapiezuschlag (noch nicht abrechnungsrelevant)	5,00 Euro

Summe im Jahr	150,00 Euro
ergibt pro Quartal	37,50 Euro
+ Betreuungspauschale P3.3	55,00 Euro

ergibt "Fallwert" 92,50 Euro

kommen noch Einzelleistungen hinzu, erhöht sich dieser Fallwert zusätzlich z.B. ein Hausbesuch: 30,00 Euro

ergibt "Fallwert" pro Quartal 122,50 Euro





TK HzV-Vertrag – TK-Fallbeispiel 2



chronisch kranker Patient (mit Diagnose aus einem der vereinbarten Krankheitsbilder), Arztkontakte in jedem Quartal

P2 fürs 1. Halbjahr	95,00 Euro
P2 fürs 2. Halbjahr	50,00 Euro
Pharmakotherapiezuschlag (noch nicht abrechnungsrelevant)	5,00 Euro

Summe im Jahr	150,00 Euro
ergibt pro Quartal	37,50 Euro
+ Betreuungspauschale P3	10,00 Euro

ergibt "Fallwert" 47,50 Euro

kommen noch Einzelleistungen hinzu, erhöht sich dieser Fallwert zusätzlich z.B. Sono Abdomen: 21,00 Euro

ergibt "Fallwert" pro Quartal 68,50 Euro





TK HzV-Vertrag – TK-Fallbeispiel 3



kranker Patient,
Arztkontakte in zwei Quartalen innerhalb eines Halbjahres

P2	95,00 Euro
keine weiteren Einzelleistungen	

ergibt "Fallwert" pro Quartal 47,50 Euro





TK HzV-Vertrag – TK-Fallbeispiel 4



akut kranker Patient (z.B. Grippe),
Arztkontakte nur in einem einzigen Quartal

P2	95,00 Euro
keine weiteren Einzelleistungen	
<hr/>	
ergibt "Fallwert"	95,00 Euro





Fehlende Anlagen

Anlagen werden unter Berücksichtigung der berufspolitischen Standpunkte des BHÄV im Sinne der Hausärzte noch zu Ende verhandelt – bis zur Vereinbarung der Anlagen sind die Leistungen in den Anlagen sind diese nicht verpflichtend (siehe Vertragstext)

Einführung der eGK – Anlage 1 (Vertragssoftware) § 5:

“Ab dem Zeitpunkt der Ausstattung mit der onlinefähigen IT vereinbaren die Vertragspartner in einem Zeitplan, bis zu welchem Zeitpunkt die online-Aktualisierung der Versichertendaten auf der Gesundheitskarte (eGK) - losgelöst von der gemäß § 291 a SGB V aufzubauende Telematikinfrastuktur - sichergestellt wird. Näheres wird in einer separaten Vereinbarung geregelt.“

Auch hier gilt: BHÄV verhandelt separate Vereinbarung im Sinne der Hausärzte und wird nicht über die Anforderungen der KV hinausgehen!





TK-HzV-Vertrag Bayern – Daten und Fakten II



Auswahl von Leitlinien:

§ 73 b Abs. 2 Nr. 2 SGB V: “HzV umfasst die Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien erfolgt.“

Leitlinien werden noch von Vertragspartnern benannt entsprechend Vorgabe des § 73 b SGB V. Leitlinien geben einen Behandlungskorridor vor. Behandlung nach Leitlinie entlastet den Hausarzt nie im zivilrechtlichen Sinne!

Benennung eines Vertreterarztes:

Es ist ein Vertreter zu benennen unabhängig von der Entfernung zur Praxis. Kann dieser Vertreter von den Patienten nicht aufgesucht werden, kann auch ein anderer Hausarzt aufgesucht werden.





TK-HzV-Vertrag Bayern – Daten und Fakten II



Honorar der Hausärzte:

Wird nach Erhalt an die Hausärzte ausgekehrt.

HÄVG ist nur Dienstleister und Zahlstelle.

Honorar der Hausärzte ist Sondervermögen, wird getrennt verwaltet.

