Hausärzteverband Berlin und Brandenburg (BDA)

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

Fragen und Antworten (FAQs)

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Berlin

Stand: 01.10.2026

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

16. Was ändert sich im Falle einer Überweisung für eingeschriebene HZV-Patienten? 11
17. Wie werden Überweisungen im Rahmen der HZV dokumentiert und abgerechnet? 11
18. Wie werden Leistungen (z. B. Lungenfunktionstest, Sonografie, Ergometrie) abgerechnet, die aus Überweisungen von anderen Hausärzten entstehen? 12
19. Wird Chirotherapie extra vergütet? 13
20. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet? 13
21. Was ist bei der Abrechnung von Laborleistungen zu beachten? 13
22. Wie werden die Psychosomatik-Leistungen in einer Gemeinschaftspraxis vergütet? 14
23. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet? 14
24. Wie werden DMP-Leistungen für HZV-Patienten abgerechnet? 15
25. Kann der Hausarzt bereits zu Beginn der Teilnahme eines chronisch kranken HZV-Patienten die Pauschale P3 abrechnen? 15
26. Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank? 15
27. Gibt es ein Wegegeld bei „normalen“ Besuchen bzw. bei Besuchen zur „Unzeit“? 16
28. Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen? 16
29. Was ist bei einer Kündigung der HZV-Teilnahme / Praxisaufgabe zu beachten? 16
30. Wie ist die telemedizinische Versorgung im Rahmen der HZV geregelt? 17
31. Was sind Doppel- und Fehlabrechnungen? 17
32. Was verbirgt sich hinter dem Innovationzuschlag in der HZV? 18
33. Was ist das Arztportal und welche Vorteile erhalte ich? 19
34. Warum ist es wichtig, dass ich meine Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) angebe? 20

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

Nachfolgend sehen Sie eine Übersicht über die Teilnahmevoraussetzungen in den einzelnen HZV-Verträgen in Berlin. Die detaillierten Teilnahmevoraussetzungen können im jeweiligen HZV-Vertrag in § 3 nachgelesen werden. Die Vertragsunterlagen finden Sie auf der Webseite des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes unter www.haev.de in der Rubrik Hausarztverträge.

Teilnahmevoraussetzung	AOK/IKK	IKK classic	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ Hausarzt+	spectrumK	BAHN-BKK
Voraussetzungen Ärztin / Arzt							
Kassenzulassung	X	X	X	X	X	X	X
Vertragsarztsitz Berlin	X	X	X	X	X	X	X
Teilnahme hausärztliche Versorgung	X	X	X	X	X	X	X
Teilnahme angestellter Hausärzte möglich	X	X	X	X	X	X	X
Im Falle einer BAG: Teilnahme aller Hausärzte der BAG an der HZV verpflichtend	X	-	-	-	X	X	-
Im Falle eines MVZ: Teilnahme aller Hausärzte des MVZ an der HZV verpflichtend	X	-	-	-	X	X	-
Qualifikation & Fortbildung							
Teilnahme **DMP***	DMP-Quote gem. Anlage 2 des HZV-Vertrages ist ebenfalls zu erfüllen			(6 Mon. ab Vertragsteilnahme)			
Diabetes Typ 2	X	X	X	X	X	X	X
Asthma		X	X	X	X	X	X
COPD		X	X	X	X	X	X
KHK	X	X	X	X	X	X	X
*Kinder- und Jugendärzte: nur DMP Asthma							

Teilnahmevoraussetzung	AOK/IKK	IKK classic	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ Hausarzt+	spectrumK	BAHN-BKK
Fortbildung Geriatrisches Assessment	-	-	X (6 Monate ab Vertragsteilnahme)	X (12 Monate ab Vertragsteilnahme)	X	X (12 Monate ab Vertragsteilnahme)	-
Teilnahme Qualitätszirkel	2 pro Jahr	4 pro Jahr	4 pro Jahr	3 pro Jahr	4 pro Jahr	4 pro Jahr	3 pro Jahr
Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien	X	X	X	X	X	X	X
Fortbildung zu hausarzttypischen Versorgungsfeldern	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr	2 pro Jahr
Einführung von Qualitätsmanagement	X	X	X	X	X	X	X
Qualifikation Psychosomatik	-	-	X 6 Monate nach Teilnahmebeginn)	-	-	-	-
Logistische Voraussetzungen							
Qualifikation und Ausstattung zur Erbringung der folgenden Leistungen:	-	-	mind. 2 der folgenden Leistungen: Langezeitblut-druckmessung, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG, Sonografie	Sonografie, Langzeitblut-druckmessung (Persönlich, Praxispartner oder in Gerätegemeinschaft Übergangsfrist von 12 Monaten)	-	-	-
Apparative Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer, Blutzuckermessgerät)	X	X	X	X	X	X	X
Ausstattung mit Praxissoftware	X	X	X	X	X	X	X
Onlinefähige EDV-Ausstattung	X	X	X	X	X	X	X

Teilnahmevoraussetzung	AOK/IKK	IKK classic	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ Hausarzt+	spectrumK	BAHN-BKK
HZV-Vertragssoftware	X	X	X	X	X	X	X
Faxgerät	X	X	X	X	X	X	X
Zustimmung zur Daten-Veröffentlichung	X	X	X	X	X	X	X
Angebot einer wöchentlichen Früh- oder Abendtermin-sprechstunde oder einer Samstagsterminsprechstunde für berufstätige HZV-Patienten	X	X	X	X	X	X	X

2. Kann der Hausarzt an allen Verträgen gleichzeitig teilnehmen?

Ja. Die gleichzeitige Teilnahme an mehreren HZV-Verträgen ist möglich. Auch bleibt der Hausarzt im bisherigen System der KV.

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

Teilnahmevoraussetzung	AOK/IKK	IKK classic	Ersatzkassen (Barmer, DAK)	TK, KKH, HEK, hkk	GWQ Hausarzt+	spectrumK	BAHN-BKK
Gültige Mitgliedschaft bei Krankenkasse	X	X	X	X	X	X	X
Wohnsitz in KV-Region des Hausarztes	-	-	X	-	-	-	-
Mindestalter	X	-	-	-	-	-	-

4. Wie erfolgt die Einschreibung der Patienten?

Für die Einschreibung von Patienten in die HZV stehen derzeit drei Verfahren zur Verfügung:

- Online-Verfahren
- Online-Verfahren mit DETE („Digitaler Einverständnis- und Teilnahmeerklärung“) - komplett papierlos

- Offline-Verfahren

Welche dieser Verfahren durch den Hausarzt in den einzelnen HZV-Verträgen genutzt werden können, ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

HZV-Vertrag	**Durch den Hausarzt auswählbares Verfahren**
Knappschaft GWQ Hausarzt+	Online mit DETE, Online und Offline
spectrumK	Online
TK/ KKH/ HEK/ hkk IKK classic AOK LKK EK (Barmer, DAK) BAHN-BKK	Online und Offline

Hinweis KKH-, HEK- und hkk: Die Einschreibung und Dokumentation der Leistungen bei KKH-, HEK- und hkk-Patienten erfolgt im TK-Modul.

Unabhängig von dem angewandten Verfahren gilt folgendes:

- 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 oder elektronisch mit der „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ und wird aufgefordert, sich diese sorgfältig durchzulesen.
- Der Hausarzt ist verpflichtet, sein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte 10 Jahre aufzubewahren, bei der Nutzung von DETE wird es automatisch in der Vertragssoftware gespeichert und archiviert.

Zusätzliche Informationen zu den Online-Verfahren:

Online-Einschreibung	Online-Einschreibung mit DETE
Technische Voraussetzungen	
HZV-Online-Key (HOK oder vHOK) zur sicheren Übermittlung der Daten Installation der aktuellen Vertragssoftware mit integriertem HZV-Modul	
	Zugelassene DETE-Software (separates Modul) und ein geeignetes Endgerät (z. B. Tablet oder Patiententerminal).
Prozess	
Teilnahme- und Einwilligungserklärung (ein Exemplar für den Hausarzt, ein Exemplar für den Versicherten) wird über die Vertragssoftware ausgedruckt.	Beim Start des Einschreibevorgangs in der Praxissoftware (PVS) wird automatisch ein QR-Code angezeigt. Der QR-Code wird mit der DETE-Software auf dem Endgerät eingescannt.
Der Patient liest die Erklärung und unterschreibt (beide Papierexemplare oder ein Exemplar auf dem Endgerät).	
Arztunterschrift auf Sie beiden Exemplaren.	Arztunterschrift entfällt.
Der Patient erhält ein unterschriebenes Exemplar.	Optional kann im PVS festgelegt werden, ob die Einschreibedaten automatisch an den Patienten übermittelt werden sollen und über welchen Übertragungsweg (per E-Mail oder ePA).
Der vierstellige TE- Code wird in die Vertragssoftware eingegeben. Der TE-Code befindet sich auf der Erklärung neben dem Unterschriftenfeld des Versicherten.	Die Eingabe des TE-Codes entfällt.
Die Einschreibedaten werden nach TE-Code Eingabe online an die HÄVG AG übermittelt.	Die Einschreibedaten werden samt unterschriebenem PDF automatisch – sofern in der Vertragssoftware eingestellt – direkt nach der digitalen Unterschrift an die HÄVG AG übermittelt. Der Status „Versendet“ bestätigt den erfolgreichen Abschluss.

Zusätzliche Informationen zum Offline-Verfahren:

Nachdem der Patient die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte gelesen hat, legt der Hausarzt ihm das Exemplar für den Versicherten, das Exemplar für den Hausarzt und den HZV-Beleg zur Unterschrift vor. Ein Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte verbleibt in der Patientenakte beim Hausarzt und ein Exemplar erhält der Patient. Der HZV-Beleg ist mit Hilfe der Vertragssoftware zu bedrucken - handschriftlich ausgefüllte Belege können nicht verarbeitet und somit nicht akzeptiert werden.

Im Anschluss signiert der Hausarzt die Teilnahme- und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Versicherte und den HZV-Beleg mit seinem Arztstempel und unterschreibt ebenfalls beide Exemplare der Teilnahme- und datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung.

Die unterzeichneten HZV-Belege sendet der Hausarzt regelmäßig an folgende Adresse der HÄVG AG:

HÄVG AG, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln

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

Es gelten vertragsübergreifend folgende Einschreibefristen für Patienten:

Teilnahme zum **1. Quartal:** **1. November**
Teilnahme zum **2. Quartal:** **1. Februar**
Teilnahme zum **3. Quartal:** **1. Mai**
Teilnahme zum **4. Quartal:** **1. August**

Die HZV-Belege müssen zu diesen Stichtagen der HÄVG AG vorliegen. Auch die Online-Einschreibung im Rahmen des GWQ Hausarzt+ und des spectrumK-Vertrags muss bis zu den jeweiligen Stichtagen der HÄVG AG übermittelt werden. Der Patient erhält von der Krankenkasse ein Begrüßungsschreiben, in dem der Teilnahmebeginn aufgeführt ist. Der Hausarzt erhält pro HZV-Vertrag jeweils vor Quartalsbeginn von der HÄVG AG 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. Was ist der HZV Online Key (HOK) und welche Funktionen bietet dieser?

Zur Umsetzung von Selektivverträgen (§73b, c und 140a ff. SGB V) im Rahmen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung bietet die HÄVG AG teilnehmenden Arztpraxen eine gesicherte Online-Anbindung an. Eines der Verfahren zur Online-Anbindung stellt die gesicherte Übertragung per TLS mit einer Teilnehmerauthentifizierung mittels eines hardwaregebundenen, praxisbezogenen Zertifikats („HZV Online Key“)

dar. Den HOK erhalten Sie nach Ihrer Teilnahmebestätigung automatisch von der HÄVG. Zur Einrichtung dieser Online-Anbindung beachten Sie bitte die „Installationsanleitung HZV Online Key“ auf unserer Webseite www.hzv.de unter der Rubrik „Zur Vertragssuche“ – HZV Online Key.

Folgende Funktionen bietet der HOK:

- Online-Teilnahmeprüfung: Mit dieser Funktion ermitteln Sie, ob ein Patient, der zu Ihnen in die Praxis kommt, bereits bei einem anderen Hausarzt am HZV-Vertrag teilnimmt und stellen damit eine vertragskonforme Abrechnung – auch von Vertreterfällen – sicher. So können Sie Doppel- und Fehlabrechnungen vermeiden (weitere Informationen zur Vermeidung von Doppel- und Fehlabrechnungen finden Sie unter dem Punkt „Was sind Doppel- und Fehlabrechnungen“).
- Online-Versicherteneinschreibung: Mit dieser Funktion haben Sie die Möglichkeit, den Teilnahmewunsch eines Patienten direkt an HÄVG AG zu übermitteln, damit dieser zum nächstmöglichen Quartal bei Ihnen eingeschrieben ist. Die postalische Versendung der HZV-Belege entfällt dabei. Sie können am Anfang eines Quartals entscheiden, ob Sie weiterhin bei der Offline-Einschreibung mittels HZV-Beleges bleiben oder auf die Online-Variante umsteigen wollen.
- Online-Abrechnung: Mit dieser Funktion übermitteln Sie Ihre Abrechnungsdaten digital, sicher und schnell an die HÄVG AG.

7. Werden Patienten, die einen anderen Hausarzt als ihren HZV-Hausarzt konsultieren, bei diesem als Privatpatient behandelt?

Nein. Handelt es sich bei dem anderen Hausarzt ebenfalls um einen HZV-Hausarzt, wird dies innerhalb der HZV als Behandlung durch einen Vertreterarzt gewertet. Dieser HZV-Hausarzt kann dann die Vertreterpauschale im Rahmen der HZV abrechnen – eine Abrechnung über die KV ist nicht möglich.

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

AOK/IKK / EK:
Die Versorgung des Patienten wird gegenüber der KV Berlin abgerechnet und durch diese vergütet.

TK / KKH / HEK / hkk/ GWQ Hausarzt+ / spectrumK / IKK classic / BAHN-BKK:
Die Vertreterpauschale (zzgl. Einzelleistungen) muss bei diesen bundesweiten HZV-Verträgen 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. Weitere Informationen zu den Vorteilen des HOK finden Sie ganz unten unter „Wie vermeide ich Doppel- und Fehlabrechnungen“.

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

Wenn der Patient durch das Aufsuchen eines anderen Hausarztes oder einen Facharztbesuch ohne Überweisung vorsätzlich gegen vertragliche Bestimmungen verstößt, kann bei wiederholten Verstößen der Ausschluss aus dem Hausarztprogramm erfolgen. Regelungen für Vertretungsfälle, z. B. Urlaub des Hausarztes, sind zwischen den Vertragspartnern so festgesetzt, dass den Patienten keine Nachteile entstehen.

Hiervon ausgenommen sind Notfälle sowie Direktbesuche bei Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzten und Augenärzten.

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

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

IKK classic:
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.

11. 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.

12. 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 HZV-Patienten durchführt und keine Überweisung bzw. kein Zielauftrag HZV vorliegt. Zur Feststellung, ob es sich um einen Vertreterfall handelt, nutzen Sie die Online-Teilnahmeprüfung mittels HZV Online Key. Weitere Informationen zum HOK finden Sie unter „Was ist der HZV Online Key (HOK) und welche Funktionen bietet dieser?“. *Wichtig:* Die Vertreterpauschale kann innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abgerechnet werden.

13. Was ist bei der Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis zu beachten?

Innerhalb einer BAG / eines MVZ (auch fachübergreifend) entsteht kein Vertretungsfall, d.h. die Vertreterpauschale kann nicht abgerechnet werden. Per Definition ist der Praxispartner des Betreuarztes dessen **Stellvertreterarzt.** 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 Betreuarztes unter Angabe seiner LANR als Behandler. Bei der Abrechnung werden die Leistungen wiederum dem Betreuarzt zugeordnet und vergütet.

14. Kann der Praxispartner auch Einzelleistungen für den Betreuarzt erbringen?

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

15. Können Kinder, die beim Hausarzt eingeschrieben sind, trotzdem zur Vorsorge / 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 (, TK / KKH / HEK / hkk / IKK classic / BAHN-BKK: U1 bis U9 und J1, GWQ Hausarzt+ spectrumK: U1 bis U11, J1 und J2, EK: U1-U9, J1 und J 2) 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 des Hausarztes. Der leistungserbringende Kinder- und Jugendarzt kann dann gemäß Anlage 3 für IKK-Versicherte die Einzelleistung Kindervorsorge, nicht aber die Zielauftragspauschale abrechnen. Für GWQ Hausarzt+ -Versicherte kann er in diesem Fall nur die Zielauftragspauschale abrechnen. Für TK- / KKH- / HEK- / hkk- / EK- / spectrumK und BAHN-BKK-Teilnehmer kann er sowohl die Zielauftragspauschale als auch die Einzelleistung der erbrachten Kinder- oder Jugendvorsorge abrechnen.

16. Was ändert sich im Falle einer Überweisung für eingeschriebene HZV-Patienten?

Alle HZV-Patienten sind verpflichtet, sich vor der fachärztlichen Behandlung eine Überweisung beim Hausarzt ausstellen zu lassen (Ausnahme: Gynäkologen, Augenärzte und Kinder- und Jugendärzte). Selbstverständlich kann der Patient im Notfall ohne Überweisung fachärztlich behandelt werden.

17. 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 (EK / IKK classic / TK / KKH / HEK / hkk / GWQ Hausarzt+ / spectrumK / BAHN-BKK) bzw. die Vertreterpauschale (AOK/IKK) 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.

18. 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 (EK / IKK classic/ TK / KKH / HEK / hkk / GWQ Hausarzt+ / spectrumK/ BAHN-BKK) bzw. der Vertreterpauschale (AOK/IKK) 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:

AOK/IKK:
Die abdominelle und die Schilddrüsen-Sonografie, die Abdominelle Sonografie und die Bauchaorten-Sonografie werden als Einzelleistungen vergütet. Diese Einzelleistungen können auch vom Vertreterarzt neben der Vertreterpauschale abgerechnet werden.

IKK classic / GWQ Hausarzt+ / spectrumK / BAHN-BKK:
Die abdominelle und Schilddrüsen Sonografie wird als Einzelleistung vergütet. Diese Einzelleistungen können auch vom Vertreterarzt neben der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.

TK / KKH / HEK / hkk:
Im Rahmen des TK-HZV-Vertrages muss die Erbringung der Sonografie durch den Betreuarzt sichergestellt sein. Dabei ist ausreichend, wenn ein Kollege aus der BAG / MVZ die Leistung erbringen kann. Es ist auch möglich spätestens 12 Monate nach Zugang der Teilnahmebestätigung am TK HZV-Vertrag eine Gerätegemeinschaft mit einem Arzt (auch Facharzt) zu bilden, der die Leistung für den Betreuarzt erbringt. Da die Sonografie im Rahmen des TK-HZV-Vertrages eine Teilnahmevoraussetzung darstellt, muss die Sicherstellung der Erbringung dieser Leistungen durch den Betreuarzt erfolgen.

EK:
Erbringt ein Vertreterarzt die Sonografie per Zielauftrag, so kann er die Zielauftragspauschale abrechnen. Darüber hinaus erhält der Vertreterarzt keine Vergütung.

Ergometrie (Belastungs-EKG):

BAHN-BKK/GWQ Hausarzt+/spectrumK/TK
Das Belastungs-EKG ist Bestandteil der Pauschalen. Der Vertreterarzt kann die Zielauftragspauschale abrechnen.

AOK/IKK:
Der Vertreterarzt kann bei der Erbringung der Ergometrie die Vertreterpauschale abrechnen.

IKK classic
Die Ergometrie wird als Einzelleistung vergütet und kann auch vom Vertreterarzt neben der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.

EK:
Das Belastungs-EKG ist nicht HZV-Bestandteil. Der Vertreterarzt rechnet es somit über die Kassenärztliche Vereinigung ab.

19. Wird Chirotherapie extra vergütet?

Bei den eigenen HZV-Patienten ist die Leistung mit den Pauschalen, bzw. einem Zuschlag (AOK/IKK) abgegolten. Bei Patienten, die innerhalb der HZV überwiesen werden, wird die Zielauftragspauschale (EK / IKK classic / TK / KKH / HEK / hkk / GWQ Hausarzt+ / spectrumK/ BAHN-BKK) bzw. die Vertreterpauschale (AOK/IKK) vergütet.

20. Wird Akupunktur zusätzlich vergütet?

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

21. 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 oder werden als Einzelleistungen vergütet.

Diese Laborkosten trägt daher der Hausarzt. Die Leistungen dürfen demnach nicht mittels Muster 10 oder 10A angefordert werden, sondern die Verrechnung erfolgt – analog Privatpatienten – direkt zwischen Arzt und Laborgemeinschaft, bzw. Facharztlabor. Sprechen Sie jedoch mit Ihrem Labor: es besteht die Möglichkeit, dass die Labore die erhobenen Parameter bei HZV-Patienten zum EBM-Satz berechnen.

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

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

TK / KKH / HEK / hkk / AOK/IKK / EK / IKK classic / BAHN-BKK:
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 für die bei sich eingeschriebenen HZV-Patienten.

GWQ Hausarzt+:
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 jede erbrachte P2.

spectrumK:
Die Psychosomatik-Leistungen werden als Einzelleistungen vergütet. Die entsprechende Qualifikation muss dem Betreuarzt oder dem Praxispartner vorliegen, um die Einzelleistung abrechnen zu können.

23. Wie werden Impfungen abgerechnet und vergütet?

Die Impfleistungen sind Bestandteil der HZV-Verträge. Sie werden je nach HZV-Vertrag entweder als Einzelleistung vergütet oder sind in den Pauschalen enthalten. Hierbei ist zu beachten, dass auch in den HZV-Verträgen, in denen die Impfleistungen in der Pauschale enthalten sind, eine separate Dokumentation erfolgen muss

Zusätzlich erhält der Hausarzt in den Verträgen AOK/IKK, EK, IKK classic einen jährlichen Zuschlag auf jede P1 bzw. auf jeden eingeschriebenen Versicherten (AOK/IKK) wenn er die Grippe-Schutz- bzw. MMR-Impfquoten, die in den jeweiligen Anhängen zur Anlage 3 (AOK/IKK: Anhang 2; IKK cl: Anhang 4; EK: Anhang 5) geregelt sind, erreicht.

IKK classic
Die Quoten können unter den in Anhang 4 bzw. 5 zu Anlage 3 geregelten Voraussetzungen in der Vertragslaufzeit angehoben werden. Die Auszahlung des Zuschlags erfolgt anteilig 4x pro Versichertenteilnahmejahr.

EK
Die Quoten können unter den in Anhang 4 bzw. 5 zu Anlage 3 geregelten Voraussetzungen in der Vertragslaufzeit angehoben werden.

spectrumK / GWQ Hausarzt+:
Es ist zu beachten, dass die im Rahmen der HZV zu erbringenden Impfungen dem Leistungsinhalt gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen folgen. Alle dort aufgeführten Impfungen sind mit der Pauschale abgegolten. Eine Abrechnung über die KV ist daher nicht zulässig. Eine separate Dokumentation ist jedoch notwendig. Die jeweils aktuell gültige Richtlinie ist auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de in der Rubrik Informationsarchiv - Richtlinien zu finden.

TK / KKH / HEK / hkk / BAHN-BKK:
Die Impfleistungen werden als Einzelleistung gemäß gültiger Fassung der Richtlinie des GBA über Schutzimpfungen vergütet.

24. 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 d) (IKK classic/ EK), 2 h) (AOK/IKK), 2i (GWQ Hausarzt+ / spektrumK),3 e (BAHN-BKK), 3 f) (TK / KKH / HEK / hkk), eine HZV-Teilnahmevoraussetzung und somit verpflichtend.

25. 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.

26. Welche Patienten gelten gemäß den HZV-Verträgen als chronisch krank?

TK / KKH / HEK / hkk / EK / IKK classic / spectrumK / AOK/IKK / BAHN-BKK:
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 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 ≥ 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 Hausarzt+:
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, Resteklassen 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.

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

IKK classic / TK / KKH / HEK / hkk / GWQ Hausarzt+ / spectrumK / BAHN-BKK:
Nein, Wegegelder sind in den Pauschalen enthalten.

EK / AOK/IKK:
Wegegelder sind Bestandteil der HZV und können gemäß Anlage 3 zum HZV-Vertrag abgerechnet werden.

28. Gibt es spezielle Richtgrößen für Arzneimittel-Verordnungen?

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 (IKK classic: Anhang 2 zu Anlage 3; EK: Anhang 4 zu Anlage 3; GWQ Hausarzt+ / spectrumK: Anhang 3 zu Anlage 3). Werden diese erreicht, so wird der „Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie“ ausgelöst. Der Zuschlag ist derzeit im GWQ hausarzt+ HZV Vertrag ausgesetzt. Eine Malus-Regelung gibt es in den Verträgen nicht. Bei den HZV-Verträgen mit der TK, AOK/IKK und BAHN-BKK gibt es derzeit noch keine Vereinbarungen zu Zielerreichungsquoten im Bereich der rationalen Pharmakotherapie zwischen den Vertragspartnern. Im Rahmen des EK-, BAHN-BKK- und TK-HZV-Vertrages wird der „Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie“ noch nicht vergütet. Eine Malus-Regelung gibt es ebenfalls nicht.

29. 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 Hausärzteverband/ der HÄVG frühestmöglich – spätestens 3 Monate zum Quartalsende – schriftlich mitteilen.

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

Telemedizinische Versorgungsmodul:
Das Telemedizinische Versorgungsmodul soll eine zusätzliche, intensivere telemedizinische Betreuung durch die Delegation von Leistungen an die VERAH mit telemedizinischer Weiterbildung sicherstellen. Mit diesem Versorgungsmodul wird angestrebt, die Versorgung von mobilitätseingeschränkten Patienten unter zu Hilfenahme von medizinscher Fachkompetenz und telemedizinischen Versorgungslösungen nachhaltig zu verbessern.

Um Patienten telemedizinisch zu behandeln und über das Telemedizinische Versorgungsmodul abrechnen zu können, muss der Hausarzt die Telemedizinische Ausstattung und eine speziell geschulte VERAH vorhalten. Die VERAH wird durch den Anbieter der Telemedizinischen Ausstattung über die speziellen Anforderungen der Telemedizin geschult und kann anschließend die Patienten mit der Ausrüstung besuchen und versorgen.

Bitte beachten Sie, dass Sie für die Erbringung sowie Abrechnung dieser Einzelleistungen einen separaten Nachweis einreichen müssen. Den Nachweis finden Sie unter dem Reiter „vertragsübergreifende Dokumente“.

VERAH mit telemedizinischer Ausstattung:
In dem HZV-Vertrag mit der TK und BAHN-BKK 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“.

31. 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 (HOK)** nutzen, um zu überprüfen, ob ein Patient in die HZV eingeschrieben ist. Sie erhalten umgehend eine Rückmeldung aus dem HÄVG-AG über den HZV-Teilnahmestatus eines Vertretungspatienten oder auch eines neuen Patienten. Weitere Informationen zum HOK finden Sie unter „Was ist der HZV Online Key (HOK) und welche Funktionen bietet dieser?“.
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 AG. Alle weiteren EBM-Leistungen, die nicht im HZV-Ziffernkranz enthalten sind, können Sie für Ihre HZV-Versicherten über die KV abrechnen.

32. Was verbirgt sich hinter dem Innovationzuschlag in der HZV?

Grundsätzlich sollen mit dem Innovationszuschlag digitale und innovative Infrastrukturausstattungsmerkmale in der hausärztlichen Praxis finanziell gefördert werden. Das Vorliegen der einzelnen, im Innovationszuschlag geförderten, besonderen Infrastrukturausstattungen ist per Selbstauskunft gegenüber der HÄVG über das Arztportal oder das Meldeformular nachzuweisen (Formular abrufbar unter haev.de/Verträge/Vertragsübergreifende Dokumente/digitales Meldeformular). Der Innovationszuschlag kann ab dem Quartal, das auf das dokumentierte Vorliegen der jeweils notwendigen Voraussetzungen folgt, abgerechnet bzw. vergütet werden.

<u>TK-HZV-Vertrag:</u>

Zuschlag auf jede vergütete P2 für jedes nachgewiesene Infrastrukturmerkmal:

- Vorliegen des Qualitätssiegels „Nachhaltige Praxis“: 3 €
- Bereitstellung online buchbarer Termine und regelmäßiges Vorhalten einer relevanten Anzahl an zu buchenden Terminen: 2 €
- Teilnahme am VorsorgePlaner und der Austausch elektron. Arztbriefe unter Nutzung von KIM*: 2 €
- Anwendung eines AMTS-Moduls (Arzneimitteltherapiesicherheit) im Praxisverwaltungssystem: 2 €
- Anwendung eines Impfmanagement-Moduls im Praxisverwaltungssystem: 2 €

* Sollten sich Änderungen bei Ihrer KIM-Adresse ergeben (z. B. durch einen Wechsel des PVS), bitten wir Sie, uns die neue KIM-Adresse unverzüglich mitzuteilen.

GWQ Hausarzt+-Vertrag:

Zuschlag auf P1 für jedes nachgewiesene Infrastrukturmerkmal (wird anteilig quartalsweise ausgezahlt):

- Vorliegen des Qualitätssiegels „Nachhaltige Praxis“: 4 € / Jahr
- Bereitstellung online buchbarer Termine und regelmäßiges Vorhalten einer relevanten Anzahl an zu buchenden Terminen: 2 € / Jahr
- Angebot Videosprechstunde: 2 € / Jahr
- Anwendung eines AMTS-Moduls (Arzneimitteltherapiesicherheit) im Praxisverwaltungssystem: 4 € / Jahr
- Anwendung eines Impfmanagement-Moduls im Praxisverwaltungssystem: 2 € / Jahr
- Einsatz von Shared Decision Making (arriba): 2 € / Jahr

BAHN BKK-HZV-Vertrag:

8 € Zuschlag auf jede abgerechnete P2

Nachweis von mindestens drei der folgenden besonderen Infrastrukturausstattungen in der Praxis:

- Telematik-Infrastruktur-Paket mit Vorhalten des jeweils verfügbaren aktuellen Updates für:
- KIM (mind. Version 1.5)
- Elektronischen Heilberufeausweis (mind. G2)
- e-Health Konnektor (mind. PTV4)
- PVS (Anwendung Module NFDM, eMP, eAU, ePA, eRezept)
- e-Health-Kartenterminal
- Versand und Empfang von elektronischen Arztbriefen unter Nutzung von KIM
- Bereitstellung online buchbarer Termine
- Angebot einer Videosprechstunde
- Einsatz eines Impfmanagement-Systems im Praxisverwaltungssystem

33. Was ist das Arztportal und welche Vorteile erhalte ich?

Das Arztportal des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands ist ein Webportal mit vielen Funktionen, insbesondere für HZV-Teilnehmer:

1. ePostfach: Über das ePostfach im Arztportal erhalten Sie u.a. Informationen rund um die HZV-Verträge sowie Neuigkeiten aus Ihrem Landesverband - elektronisch und jederzeit digital abrufbar.

2. Sicherer Online-Abruf Ihrer HZV-Dokumente: Sie und Ihr Praxispersonal können HZV-Dokumente, wie Informationsbriefe Patiententeilnahmestatus (kurz: eInfobrief) und Abrechnungsnachweise (eAbrechnungsnachweis) sicher und einfach im PDF-Format abrufen. Sie erhalten die HZV-Dokumente schneller als auf postalischem Weg und können diese komfortabel digital archivieren. Alle Dokumente werden für 10 Jahre im Arztportal vorgehalten.

3. Patiententeilnehmerverzeichnis (PZV): Über das Patiententeilnehmerverzeichnis (PTV) können Sie HZV-Patiententeilnahmeinformationen automatisch in die Praxissoftware (PVS) importieren. Dadurch entfällt das zeitintensive und fehleranfällige manuelle Bearbeiten im PVS. Für das PTV müssen Sie zuerst den eInfobrief im Arztportal herunterladen. Im Kopf des eInfobriefs finden Sie den achtstelligen „ICode“, den Sie im PVS unter PTV eingeben. Jetzt wählen Sie das PTV für einen HZV-Vertrag aus und starten den Import.

4. eStatistik: Die eStatistik zeigt Ihnen alle wichtigen Kennzahlen Ihrer Abrechnungsnachweise auf einen Blick – vertragsspezifisch und vertragsübergreifend. So lassen sich beispielsweise Honorarsummern, Behandlungsfälle und –fallwerte pro Quartal einsehen.

5. Vertrauliche Praxisberichte: In diesem Bereich können Sie als Hausarzt eine Freigabe gezielt für einen anderen HZV-Arzt erteilen (per Eingabe der LANR im Freigabeassistenten), damit dieser Ihre Kennzahlen einsehen kann. Auch andersherum können Sie die Freigaben anderer Hausärzte erhalten und somit deren Kennzahlen angezeigt bekommen.

Weitere Informationen zur Registrierung und Nutzung des Arztportals finden Sie auf der Startseite des Arztportals www.arztportal.net. Zusätzlich steht Ihnen bei Rückfragen der Kundenservice der HÄVG AG zur Verfügung: Tel. 02203 / 5756-1111 oder per E-Mail an kundenservice@hzv.de. Bei Fragen zur Bedienung Ihrer Praxissoftware wenden Sie sich bitte an Ihr Software-Haus.

34. Warum ist es wichtig, dass ich meine Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) angebe?

Wir benötigen Ihre EFN um Ihre fortbildungsrelevanten Daten verarbeiten zu können. Sie können die EFN jederzeit einfach und unkompliziert im **Arztportal** unter *Persönliche Daten* nachtragen! Oder kontaktieren Sie uns telefonisch unter 02203/5756-1209.

Hinweis:

Mit der allgemeinen Bezeichnung Hausärzte sind auch diejenigen Ärzte gemeint, die in einem angestellten Verhältnis im Rahmen der hausärztlichen Versorgung tätig sind. Ob die Teilnahme angestellter Ärzte an dem jeweiligen HZV-Vertrag möglich ist, können Sie der Tabelle entnehmen oder im Hauptvertrag unter §1 (Allgemeines) oder §3 (Teilnahmevoraussetzungen und besondere Qualifikations- und Qualitätsanforderungen für die HZV) nachlesen.