

Zu dokumentierende Leistungsziffern des HzV-Vertrags mit der TK

Leistung	Dokumentation TK	Erläuterungen
Arzt-Patienten-Kontakt	0000	Zu dokumentieren, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattfindet und keine andere Leistung dokumentiert wird (wenn Leistungen erbracht werden, die in P2 enthalten sind); löst kontaktabhängige Pauschale P2 aus
P3 – Zuschlag für chronisch kranke Patienten	0003	Zusätzlich muss mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 gemäß Anhang 2 zu Anlage 3 des HzV-Vertrages dokumentiert werden. Bei der TK wird mit der „0003“ die P3.1 bis P3.3 abgedeckt. Welche der P3 des TK Vertrages erreicht wurde, d.h. wie viele P3 relevante Diagnosen aus den verschiedenen Krankheitsgruppen dokumentiert wurden, wird nach Einreichung der Abrechnung im Rechenzentrum des Hausärztesverbandes ermittelt
Vertreterpauschale	0004	Bei Vertretung eines anderen HzV-Hausarztes; mindestens ein APK; nicht bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ
Zielauftragspauschale	0005	Bei einem Zielauftrag per Überweisung durch einen anderen HzV-Hausarzt; nicht innerhalb einer BAG/eines MVZ
Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01100 01100B (2. am gleichen Tag) 01100C (3. am gleichen Tag)	Werktags zwischen 19:00 und 22:00 Uhr; samstags (außerhalb Terminsprechstunde), sonntags, an gesetzlichen Feiertagen und am 24. oder 31. Dezember zwischen 7:00 und 19:00 Uhr
Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01101 01101B (2. am gleichen Tag) 01101C (3. am gleichen Tag)	Werktags zwischen 22:00 und 07:00 Uhr, samstags (außerhalb Terminsprechstunde), sonntags, an gesetzlichen Feiertagen und am 24. oder 31. Dezember zwischen 19:00 und 7:00 Uhr

Schreibtischvorlage HzV der TK

Leistung	Dokumentation TK	Erläuterungen
Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau	01730	Bestandteil des Präventionszuschlags Z1
Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann	01731	Bestandteil des Präventionszuschlags Z1
Gesundheitsuntersuchung	01732	Bestandteil des Präventionszuschlags Z1
Hautkrebsscreening	01745	Bestandteil des Präventionszuschlags Z1
Kleine Chirurgie I	02300 02300B (2. am gleichen Tag) 02300C (3. am gleichen Tag) 02300D (4. am gleichen Tag) 02300E (5. am gleichen Tag)	
Kleine Chirurgie II	02301 02301B (2. am gleichen Tag) 02301C (3. am gleichen Tag) 02301D (4. am gleichen Tag) 02301E (5. am gleichen Tag)	
Kleine Chirurgie III	02302 02302B (2. am gleichen Tag) 02302C (3. am gleichen Tag) 02302D (4. am gleichen Tag) 02302E (5. am gleichen Tag)	
Verordnung med. Reha	01611	
Hausärztliches Geriatrisches Basisassessment	03240	
Sonografie Schilddrüse	33012	
Sonografie Abdomen	33042	
Psychosomatik	35100, 35110, 35110B, 35110C	
Hausbesuche	01410	
Impfziffern	Beachten: Anlage 3 Anhang 1 www.hausaerzteverband.de	Leistungsinhalt entsprechend der Impfvereinbarung mit der KV. Separate Dokumentation notwendig.
Praxisgebühr	Siehe Anlage 3	keine Befreiung der Praxisgebühr

Hinweise zur Abrechnung des HzV-Vertrages mit der TK im Hinblick auf die Betreuungspauschale P 3

(Autor: Dr. med. Diethard Sturm)

Die Betreuungspauschale P3 ist im genannten HzV-Vertrag nach der Anzahl der Diagnosen im Rahmen der verhandelten Krankheitsbilder von 10 € bis 55 € (P3.1, P3.2, P3.3) gestaffelt.

Es wurden 24 Krankheitsbilder definiert zu denen jeweils (mindestens) eine Diagnose des Katalogs der TK entsprechend gesichert und ICD 10 verschlüsselt angegeben sein muss. Mehrere ICD 10 Verschlüsselungen innerhalb eines Krankheitsbildes lösen keine höhere Vergütung aus. Lediglich die Kombination verschiedener Krankheitsbilder bzw. der ICD-Codes bedeutet eine Staffelung der P3.

Bei der Abrechnung der P3 muss mind. ein ICD 10-Code des entsprechenden Krankheitsbildes des Katalogs angegeben werden. Damit ist ausgeschlossen, dass durch Angabe mehrerer Diagnosen innerhalb eines Krankheitsbildes versehentlich eine zu hochwertige P3 abgerechnet wird. Die Zuordnung, welche der P3 abrechnungsrelevant ist, erfolgt im Rechenzentrum des Hausärzterverbandes nach Einreichung der Abrechnungs-CD am Ende des Quartals.

Die angegebenen Krankheitsbilder sind nicht zwingend identisch mit den RSA-relevanten Diagnosen, wenn gleich eine große Übereinstimmung besteht. Jedenfalls besteht keine Deckungsgleichheit der 24 Krankheitsbilder mit den 80 RSA-Diagnosen und ihren Untergliederungen. Die arterielle Hypertonie, Asthma bronchiale und die nicht mit Schweregrad diagnostizierte depressive Episode (F32.9) sind nicht im Vertrag enthalten.

In der angehängten Tabelle wird in der ersten Spalte die Nummer des Krankheitsbildes genannt und in der zweiten Spalte die Sammelbezeichnung des „Krankheitsbildes“. Diese Bezeichnungen dienen lediglich der Orientierung.

Aus der Vielfalt der Einzeldiagnosen innerhalb der „Krankheitsbilder“ wurden in den folgenden Spalten die häufigsten, insbesondere die vom Hausarzt zu diagnostizierenden und zu behandelnden namentlich benannt. Sie sollen hier entnehmen, welche häufig beim Hausarzt vorkommenden Diagnosen unter den „Krankheitsbildern“ zu verstehen sind und erhalten durch die Auflistung einen Überblick der neuen Honoraranlage des TK Vertrages. Bei Eingabe von Diagnosen in das Abrechnungssystem wird nicht angezeigt, wenn eine Erkrankung zu den TK-Diagnosen zählt. Bei der Erstellung der Abrechnung werden Sie jedoch, sollten Sie eine P3 (0003) ohne ICD 10 Code dokumentiert haben, darauf hingewiesen, dieses entweder nachzuholen oder die Chronikerleistung bzw. den Schein (sollten Sie keine anderen Leistungen oder Ziffern dokumentiert haben) zu löschen. Ansonsten ist eine Abrechnung nicht möglich. Es geht Ihnen also nichts verloren, wenn Sie bei der „Erstdokumentation“ nicht an den ICD-Code denken, dieses können Sie jederzeit nachholen. Dennoch ist es nützlich, die Abrechnungsdiagnosen im Überblick zu kennen. Auch wird bei der Abrechnung darauf hingewiesen, welche naheliegenden Diagnosen nicht vertragsrelevant sind.

In der letzten Spalte wurden Kodierungen genannt, die die geringste noch vergütungs-relevante Diagnosegenauigkeit haben. Es sind im Allgemeinen die Kategorien „Nicht näher bezeichnet“. Dennoch sollten genaue Diagnose angestrebt und nach Möglichkeit die Dokumentation von „9“ vermieden werden.

Spezielle Anforderungen an die Diagnosesicherheit können der Anlage 3 des TK Vertrages entnommen werden; es gelten Kriterien wie in Leitlinien, DMP oder dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Praxis üblich.

Die Originalliste der verhandelten ICD 10-Codes können Sie auf der Website des Deutschen Hausärzterverbandes unter www.hausaerzterverband.de (unter Service → Hausarztverträge) bei den Anlagen zum Vertrag eingesehen.

Schreibtischvorlage HzV der TK

Nummerierung	Krankheitsbilder	Die häufigsten Erkrankungen in der Gruppe	Minimalkodierung
1	M. Alzheimer und Demenz	Alzheimer und vaskuläre Demenz, Degeneration G91.-Hydrozephalus	F03 n.n.bez. Demenz
2	Lungenkrankheiten (infektiöse (angeborene, obstruktive)	J10.- bis J18.- Pneumonien J96.- respir. Insuff. J43.- Emphysem J44.--COPD	J18.9 Pneumonie J44.9 COPD J96.99 resp.Insuff.
3	Arrhythmien	Tachykardien, Flimmern/Flattern von Vorhof und Kammern. Nicht Extrasystolie, nicht Sick-Sinus	
4	Herzinsuffizienz	Hypertensive Herzkrankheit Kardiomyopathien Herzinsuffizienz	I50.9 Herzinsuff. N.n.bez.
5	Erkrankungen der Herzklappen	I34.—Mitralklappe I35.--Aortenklappe Q21 Septumdefekte Q22 – 26 angeboren	I34.9 I35.9
6	Ischämische Herzkrankheit	I20.- Angina pekt. I25.Atheroskl. Herzkr. I21 –22 Myokardinf. I25.2 Alter Myokardinf.	I20.9 I25.9
7	Atherosklerose, paVK, Erkr. des Lungenkreislaufs	I26.- Lungenembolie I70.- ff. Arteriosklerose der Aorta und Extremitäten	I73.9 periphere Gefäß- erkrankung n.n.bez.
8	Diabetes mellitus	E10.—D.m. Typ1 E11.—D.m. Typ2 O24.- D.m. in Gravid. G63.2 diabet. Polyneuropathie	E10.90 E11.90 E14.90
9	Drogen- und Alkoholmissbrauch	Hinweis: Kardiomyopathie dazu Gruppe 4, Degeneration des Nervensystems dazu Gruppe 1	F10.9 Alkohol n.n.bez.
10	Epilepsie	G40,-- und G41,--	G40.9 Epilepsie, n.n.bez.
11	Harnwegserkrankungen	Nephritiden, Niereninsuffizienz ab GFR 90ml, Dialyse Neurogene Dysfunktion der Blase Nicht: Inkontinenz	
12	Erkr. und Verletzungen des ZNS, der Wirbelsäule, Lähmungen	Stenose des Spinalkanals oder For. intervertebrale Angeborenen Fehlbildungen Verletzung/Fraktur von Wirbelsäule/ Rückenmark Paresen, Ataxie Nicht: Osteoarthritis oder NPP ohne Stenose	
13	Hautulkus und schwerwiegende bakt. Hausinfektionen	Erysipel, Impetigo, Phlegmone, Abszesse, Lymphadenitis, Pyodermie Ulcus cruris, aber nicht varicosum nicht Dekubitus	L08.9 Lokale Infektion der Haut, n.n.bez.
14	M. Parkinson und and. Basalganglienerkr.	Primäre und sek. Parkinson, Dystonien G25.0 essentl. Tremor G25.81 Restless legs	
15	Multiple Sklerose		G35.9 Mult.Sklerose n.n.bez.
16	Neubildungen	Ca. 500 Einzeldiagnosen	
17	Osteoarthritis, rheumatoide Arthritis und entzündliche	Arthritiden durch Erreger, aber nicht reaktive rheumatische Gelenk- und Wirbelsäulenerkr. Osteomyelitis Arthrosen nur Hüfte und Knie Nicht Sprunggelenke, Schulter, Karpaltunnel etc.	M16.9 Koxarthrose M17.9 Gonarthrose
18	Osteoporose	Osteoporose und pathologische Frakturen, auch bei Neubildungen , bei andernorts klass. Krankheiten	
19	Periphere Neuropathie und Myopathie	z. B. alkoholische nicht die diabetische	
20	Psoriasis und Parapsoriasis	Erkrankung der Haut und Gelenke/WS	L40.9 Psoriasis n.n.bez.
21	Psychische Erkrankungen	Schizophrenie, Phobie, Angststörung, Essstörungen Depressive Störungen bereits bei leichter depressiver Episode, unbedingt Schweregrad angeben	Nicht: ADS
22	Schwerwiegende medizinische und iatrogene Komplikationen	Infektionen, Funktionsstörungen, mechanische Störungen	
23	Traumatische Amputation einer Extremität	Alle bis hin zu einzelnen Zehen oder Fingern, auch teilweise	
24	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Subarachnoidale, subdurale, intrazerebrale Blutung Hirnfarkt und Folgen (I69)	I64 Apoplex