

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung**§ 1****HzV-Vergütungspositionen**

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (EBM-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende HzV-Vergütung:

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, das Folgende:

- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro HAUSARZT und pro HzV-Versicherten abrechenbar.
- Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro HAUSARZT und pro HzV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

Leistung Bezeichnung	/	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen				
P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages ▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres ist von der P1 umfasst 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versicherten- teilnahmejahr ▪ P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versichertenteilnahmequartals in voller Höhe ausbezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HzV-Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HzV-Vertrages zugrunde gelegt ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 5 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes 	60,00 EUR

		<p>Quartal des Versichertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HzV-Versicherten war, 6,25 EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahmejahr, in dem der Arztwechsel/Ausscheiden des HAUSARZTES oder des HzV-Versicherten aus der HzV stattgefunden hat, auch mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Hat in einem solchen Fall kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden, wird dem HAUSARZT für jedes Quartal, in dem er nicht mehr Betreuarzt war, ein Betrag von 16,25 EUR von der P1 abgezogen</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet 	
<p>P2 Kontaktabhängige Pauschale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung ▪ Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des HzV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Im ersten Versichertenteilnahmequartal eines Versichertenteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versichertenteilnahmejahres 	<p>35,00 EUR</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung ▪ Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP ▪ Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln sowie Aushändigung des Medikationsplans in einer zum Zeitpunkt gültigen Form an den Patienten oder dessen Bezugsperson sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlucken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.) ▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. 	<p>P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mindestens ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	<p>25,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention 		
Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	12,50 EUR
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	12,50 EUR
Zuschläge			
Z1 Sonografie-Zuschlag auf P1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Anrechnung ab dem Quartal, in dem der Arzt diese Qualifikation besitzt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung 	6,00 EUR

<p>Z2 VERAH-Zuschlag auf P3</p>	<p>Betreuung der Patienten durch einen VERAH-geprüften MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P3 ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt 	<p>5,00 EUR</p>
---	--	--	------------------------

		<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein MFA/Arzthelfer des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>Z3 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2</p>	<p>Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag für jeden betreuten Versicherten im Abrechnungsquartal (max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr), sofern die in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>4,00 EUR</p>
<p>Z4 Impfzuschlag auf P1</p>	<p>Influenza-Impfung für Versicherte über 60 Jahren gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Versicherungsteilnahmejahr bei Erreichung der in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>2,00 EUR</p>
<p>Einzelleistungen</p>			
<p>01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I</p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Termin-Sprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abrechnet werden 	<p>25,00 EUR</p>

<p>01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II</p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Termin-Sprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 –07:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	<p>40,00 EUR</p>
<p>01730 ff Krebsfrüherkennungsuntersuchung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01730 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 		<p>20,00 EUR</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 		<p>16,00 EUR</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fas- 		<p>25,00 EUR</p>

	<p>sung (GOP 01745 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>		
Altersspezifischer jährlicher Präventionscheck	<p>Präventivmedizinische hausärztliche Untersuchung und Beratung analog EBM-Ziffer 01732, differenziert nach Altersstufen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bis 35. Lebensjahr mit Schwerpunkt Entwicklung, Ernährung, Bewegung und Suchtprophylaxe ▪ ab 36.-70. Lebensjahr mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf- Risiko- Vorbeugung ▪ ab 71. Lebensjahr mit Schwerpunkt Osteoporose/Sturzprophylaxe, geriatrisches Assessment/Demenz- Früherkennung sowie Reduktion von Multi-Medikation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ab 71. Lebensjahr max. 1 x Kalenderjahr, sonst max. 1 x in zwei Kalenderjahren ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Ziel-auftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. ▪ Ausnahme: es werden weitere per Ziel- Auftrag angeforderte Leistungen erbracht 	32,00 EUR
Begrifflichkeit	Beschreibung		
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.		
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist.		
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV.).		
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem Tag, an dem der Versicherte als HzV-Versicherter im Sinne des HzV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HzV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an den Hausärzterverband). Bei einem durch die Krankenkasse stattgegebenen Wechsel des HAUSARZTES (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr.		
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	<p>Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine 		

	<p>BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).</p> <ul style="list-style-type: none">•
--	--

§ 2

Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31. März 2020 (§ 16 Abs. 2 des HzV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages.

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1 zu dieser Anlage 3)

Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die Krankenkasse und der Landesverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

II. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die jeweils geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

III. Abrechnung des Betreuarztes für die HzV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

1. Der HAUSARZT rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, darunter auch die in Anhang 1 aufgeführten, mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen abgedeckt.
2. Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die eingeschriebenen Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses Vertrages zu erbringen. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag bzw. Auftragsüberweisung an einen anderen HAUSARZT bzw. bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HzV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
3. Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
4. Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
 1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
 3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

IV. Besonderheiten bei HzV-Leistungen innerhalb von BAG/MVZ

- (1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HzV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs 2 des HzV-Vertrages.

- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang.

VI. Impfleistungen

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der HzV-Abrechnung zu dokumentieren.

§ 4

Praxisgebühr

- (1) Der HAUSARZT ist gemäß § 13 des Vertrages verpflichtet, die gesetzliche Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) von HzV-Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä / § 21 EKV in ihrer jeweils geltenden Fassung für die Krankenkasse einzuziehen. Der HAUSARZT ist danach insbesondere nicht berechtigt, auf die Praxisgebühr zu verzichten, oder einen anderen Betrag als die gesetzliche Praxisgebühr zu erheben. Die weitere Abwicklung vollzieht sich wie folgt:
 - a) Falls der HAUSARZT im Einzelfall für HzV-Versicherte neben HzV-Leistungen auch Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnet, wird hierdurch keine zusätzliche Praxisgebühr für diese HzV-Versicherten ausgelöst. Entsprechend ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in der Abrechnung eine Befreiung zu dokumentieren.

- b) Der HAUSARZT übermittelt mit seiner Abrechnung an den Hausärzteverband die Dokumentation über die erfolgreiche Einziehung oder einen etwaigen Befreiungsgrund gemäß § 18 BMV-Ä / § 21 EKV.
- c) Eine Praxisgebühr, die ein HzV-Versicherter entrichtet hat, hat der HAUSARZT einzubehalten. Die Krankenkasse ist berechtigt nach lit. b) dokumentierte Zuzahlungsbeträge von dem Auszahlungsbetrag des HzV-Vergütungsanspruches des HAUSARZTES einzubehalten.
- (2) Soweit der HAUSARZT seine Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä / § 21 EKV in der jeweils geltenden Fassung und dem vorstehenden Absatz 1 dieses § 4 erfüllt hat und der HzV-Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb der vom HAUSARZT gesetzten Frist nicht gezahlt hat, dokumentiert er dies mit Hilfe der Vertragssoftware. In diesem Fall übernimmt die Krankenkasse den weiteren Zahlungseinzug. Die Krankenkasse erhält zu diesem Zweck von dem HAUSARZT über den Hausärzteverband mit der Abrechnung eine Auflistung der HzV-Versicherten, bei denen die Praxisgebühr nicht eingezogen wurde unter Angabe der vom HAUSARZT gemäß dem vorstehenden Absatz 1 lit. a) oder b) übermittelten Gründe.
- (3) Die Dokumentation nach dem vorstehenden Absatz 1 b) erfolgt durch Angabe folgender Ziffern:

Ziffer	Beschreibung
80030	Bei Abrechnung ist Abzug der Praxisgebühr erfolgt.
80031	Befreit, da Überweisungsschein vorliegt.
80032	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da die Befreiung von allen Zuzahlungen nachgewiesen worden ist (Bescheinigung nach § 62 Abs. 1 SGB V oder vollständige Befreiung von allen Zuzahlungen nach § 65 a Abs. 2 SGB V).
80033	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr aufgrund einer Erstinanspruchnahme eines Psychotherapeuten, Erstinanspruchnahme eines Krankenhauses oder Inanspruchnahme eines Vertreters vorgelegt und entwertet wurde.
80034	Keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung.
80040	Praxisgebühr befreit, da Kassenwechsel oder DMP-Einschreibung.
80044	Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet.
80091	Praxisgebühr nicht gezahlt. HzV-Versicherter unter 18 Jahre.
80092	Praxisgebühr nicht gezahlt. Vorsorgeuntersuchung / Schutzimpfung.

§ 5

Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** einschließlich der Übermittlung der Abrechnung über die vom HAUSARZT eingezogene Praxisgebühr nach vorstehendem § 4 verpflichtet. Das vom Hausärzteverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG
Edmund-Rumpler-Str. 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 57561110

Das Rechenzentrum betreffende Änderungen teilt der Hausärzteverband dem HAUSARZT und der Krankenkasse spätestens 1 Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (2) Der Hausärzteverband versendet an den HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HzV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HzV-Versicherte.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**H_zV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober) („**H_zV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 6 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HzV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.

- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HzV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 6 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3** und übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungspauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.
- (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzteverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern er dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

- (10) Sofern eine gerichtliche Geltendmachung erforderlich ist, ist der Hausärzteverband bei grundsätzlichen, also eine Vielzahl von Hausärzten betreffenden Differenzen mit der Krankenkasse über die Abrechnung der HzV-Vergütung aufgrund der Anwendbarkeit oder Auslegung einzelner Vergütungstatbestände nach dieser **Anlage 3** nebst **Anhängen** berechtigt und verpflichtet, Ansprüche des HAUSARZTES gegenüber der Krankenkasse in gewillkürter Prozessstandschaft für den HAUSARZT geltend zu machen; der Hausärzteverband darf diese Ansprüche im Wege eines Musterverfahrens verfolgen und ist gleichzeitig berechtigt, die Klärung entsprechender Ansprüche weiterer Hausärzte bis zum Abschluss dieses Musterverfahrens zurückzustellen. Sollte die Führung des Musterverfahrens durch den Hausärzteverband in Prozessstandschaft aus prozessualen Gründen nicht zulässig sein, ist der HAUSARZT verpflichtet, auf Anforderung des Hausärzteverbandes eine Abtretung seines entsprechenden Teils des Anspruches auf die HzV-Vergütung zum Zwecke der Führung eines Musterverfahrens vorzunehmen, sofern diese Abtretung unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen des HAUSARZTES, zur Durchsetzung dessen Anspruchs das Musterverfahren geführt wird, zumutbar ist. Die Erträge dieses Verfahrens stehen nach Abzug der notwendigen Kosten der Rechtsverfolgung dem HAUSARZT zu.

§ 6

Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Krankenkasse eine vorläufige Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“). Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 dieser Anlage genannten Rechenzentrums. Die Abrechnungsdatei weist die Beträge der von ihr für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HzV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages aus.
- (2) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Hausärzteverband schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
- a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Aus-

gleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.

- b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 12 des HzV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzterverband benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzterverband spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (4) Die Krankenkasse kann durch Erklärung gegenüber dem Hausärzterverband binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei und der weiteren Abrechnungsunterlagen sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei oder die weiteren Abrechnungsunterlagen ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HzV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HzV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzterverband innerhalb der drei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 11a Abs. 3 des HzV-Vertrages ist anwendbar. Näheres vereinbaren der Hausärzterverband, die Krankenkasse und das Rechenzentrum für ihre technischen Prozesse.
- (5) Die Krankenkasse leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 10,50 EUR pro bei dem Hausarzt in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HzV-Versicherten. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 5. Kalendertag für den Vormonat (z.B. für Q1: 5. Februar, 5. März, 5. April; z.B. für Q2: 5. Mai, 5. Juni, 5. Juli, usw.). Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sie die Höhe der Abschlagszahlungen nach Ablauf von vier Abrechnungsquartalen überprüfen und gegebenenfalls entsprechend anpassen werden. Im Falle einer Anpassung wird diese dem Hausarzt vor Beginn des Quartals, in dem die Anpassung gelten soll, schriftlich durch die HÄVG mitgeteilt.

§ 7

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die Krankenkasse bzw. eine von ihr benannte Stelle prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 13 des HzV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HzV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß §§ 295 Abs. 1 i.V.m. 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§§ 11, 11a des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8
Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 3**:

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz
- Anhang 2 zu Anlage 3:** Impf- und Check-up Quote
- Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag
- Anhang 4 zu Anlage 3:** Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag