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	▪ Leistungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages ▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres ist von der P1 umfasst	▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versichertenteilnahmequartals in voller Höhe ausgezahlt. 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 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	65,00 EUR

		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 **Voraussetzung:** Wird nur dem Betreuarzt („**Betreuarzt**“) vergütet	
P2 **Kontaktabhängige Pauschale**	▪ 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 Abs. 4 und 5 des HzV-Vertrages	▪ 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 **Voraussetzung**: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versichertenteilnahmejahres ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	40,00 EUR
P3 **Zuschlag für chronisch kranke Patienten**	▪ Betreuung von chronisch kranken Patienten ▪ Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser **Anlage 3** ist derjenige Patient, der mindestens eines der nachfolgenden Krankheitsbilder aufweist: • Herzinsuffizienz • Chronische Niereninsuffizienz • Schlaganfall und Folgeschäden • Demenz • Hypertensive Herz- und Nierenerkrankungen • Depression **und** für den mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose gemäß **Anhang 2** zu dieser **Anlage 3** übermittelt wurde	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr **Voraussetzung**: ▪ Nur für chronisch kranke Patienten gemäß dieser **Anlage 3** mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	30,00 EUR
Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistun-	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar	17,50 EUR

	gen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	**Voraussetzung**: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („**Vertreterarzt**“) vergütet	
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	17,50 EUR
Zuschläge			
Z1 Präventions-Zuschlag	Durchführung einer der folgenden Leistungen: ▪ Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ▪ Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ▪ Krebsfrüherkennung Frau (GOP 01730 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ▪ Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, **vgl**. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	▪ Max. 1 x pro Quartal **Voraussetzung:** ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Frau: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 20. Lebensjahr	04,00 EUR

Z2 **VERAH-Zuschlag auf P3**	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr) ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in **Anhang 4** zu dieser **Anlage 3** geregelt **Voraussetzung:** ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	05,00 EUR
Z3 **Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2**	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr), sofern die in **Anhang 3** zu dieser **Anlage 3** genannten Quoten erfüllt sind. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	04,00 EUR
Einzelleistungen			
01100 **Unvorhergesehene Inanspruchnahme I**	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr	▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	25,00 EUR
01101 **Unvorhergesehene Inanspruchnahme II**	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr	▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	40,00 EUR

01611 **Verordnung von medizinischer Rehabilitation**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 01611)		38,00 EUR
02300 **Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 02300)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *	08,00 EUR
02301 **Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 02301)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *	16,00 EUR
02302 **Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 02302)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *	30,00 EUR
03240 **Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 03240)	Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr	17,00 EUR
03321 **Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 03321)		26,00 EUR
33012 **Schilddrüsen-Sonographie**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 33012)		11,00 EUR
33042 **Abdominelle Sonographie**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 33042)	Max. 1 x pro Quartal	21,00 EUR
35100 **Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 35100)	Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110	20,00 EUR
35110 **Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 35110)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ Max. 3 x am Tag	20,00 EUR
Überprüfung Impfstatus	Überprüfung Impfstatus (inkl. „Abstempeln“ Bonusheft)	▪ Max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren **Voraussetzung:** Wird nur dem Betreuarzt vergütet	10,00 EUR

* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - abrechenbar.

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 Hausärzteverband und MEDI e.V.). 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)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).

§ 2
Laufzeit

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 3** nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2013 (§ 10 Abs. 6 des HzV-Vertrages).

§ 3
Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen 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 Hausärzteverband und MEDI e.V. keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg 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 gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig 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, von der HzV erfassten Leistungen 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 HzV-Vertrages zu erbringen. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erfolgen.

(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 Baden-Württemberg. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

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

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 Baden-Württemberg abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 11a Abs. 2 des HzV-Vertrages.

Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang. So sind insbesondere bei Kleinkindern die Entwicklungsdiagnostik, die altersgemäßen Vorsorgeuntersuchungen oder Impfleistungen vom Betreuarzt gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.

VI. Impfleistungen

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 Baden-Württemberg geschlossenen „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“.

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 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 in ihrer jeweils geltenden Fassung für die Krankenkasse einzuziehen, sofern die Krankenkasse in den Teilnahmebedingungen Versicherte nicht auf die Praxisgebühr verzichtet hat und er hiervon Kenntnis hat. Der HAUSARZT ist nicht berechtigt, die Erhebung der Praxisgebühr zu unterlassen 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 in der HzV nach Maßgabe dieser **Anlage 3** abrechnungsfähigen Leistungen auch Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg abrechnet, wird hierdurch keine zusätzliche Praxisgebühr für diese HzV-Versicherten ausgelöst. Entsprechend ist der HAUSARZT verpflichtet, bei der Abrechnung dieser Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eine Befreiung zu dokumentieren.

b) Der HAUSARZT dokumentiert bei der Abrechnung in der Vertragssoftware, ob die Praxisgebühr erfolgreich eingezogen wurde und einen etwaigen Befreiungsgrund gemäß § 18 Abs. 1 BMV-Ä in der jeweiligen Fassung. Er übermittelt die entsprechenden Informationen mit der HzV-Abrechnung an den Hausärzteverband und MEDI e.V. gemäß den Vorgaben der Tabelle unter Absatz 3 dieses § 4.

c) Der HAUSARZT hat die Praxisgebühr, die ein HzV-Versicherter entrichtet hat, einzubehalten. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind im Rahmen der Abrechnung berechtigt und verpflichtet, den einbehaltenen Betrag der in der Vertragssoftware jeweils dokumentierten Praxisgebühr mit dem Anspruch des HAUSARZTES auf die HzV-Vergütung des HAUSARZTES mit schuldbefreiender Wirkung für den HAUSARZT zu verrechnen.

(2) Soweit der HAUSARZT seine Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung und dem vorstehenden Absatz erfüllt hat und der HzV-Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb einer vom HAUSARZT gesetzten Frist die Praxisgebühr nicht gezahlt hat, dokumentiert er dies mit Hilfe der Vertragssoftware. Kann der HAUSARZT bis zum Ablauf der Frist zur Übermittlung der Abrechnung zur HzV-Vergütung für das jeweilige Abrechnungsquartal die Praxisgebühr nicht einziehen, übermittelt der HAUSARZT diese Information gemäß der Tabelle unter Absatz 3 an den Hausärzteverband und MEDI e.V.. Die Krankenkasse erhält vom Hausärzteverband und MEDI e.V.im Rahmen der Abrechnungsdatei die Information, bei welchen HzV-Versicherten die Praxisgebühr nicht eingezogen wurde, sowie die Angabe der vom HAUSARZT gemäß dem vorstehenden Absatz 1 b) übermittelten Gründe. Die Krankenkasse übernimmt den weiteren Zahlungseinzug.

(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 § 65a 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.
80033N	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr aufgrund einer Erstinanspruchnahme eines Leistungserbringers im Notfall oder im organisierten Notfalldienst vorgelegt und entwertet wurde.
80034	Keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung.
80040	Befreit, da Kassenwechsel oder DMP-Einschreibung.
80044	Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet.
80091	Praxisgebühr nicht gezahlt. Versicherter unter 18 Jahre.
80092	Praxisgebühr nicht gezahlt. Vorsorgeuntersuchung / Schutzimpfung.

§ 5

Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband und MEDI e.V.

(1) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das vom Hausärzteverband und MEDI e.V. hierzu eingesetzte Rechenzentrum („Rechenzentrum") ist derzeit:

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

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

(2) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. versenden 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 § 9 Abs. 2 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 und MEDI e.V. seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**HzV-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) („**HzV-Abrechnungsfrist**"). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung sind der Hausärzteverband und MEDI e.V. berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

(4) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind 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 erstellen der Hausärzteverband und MEDI e.V. die Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der Krankenkasse innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüfen der Hausärzteverband und MEDI e.V. die Testabrechnung bzw. die Abrechnungsdatei erneut. Sie sind verpflichtet, den Teil der Testabrechnung bzw. der Abrechnungsdatei zu korrigieren, der von einer Beanstandung der Krankenkasse im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie der Abrechnungsrüge betroffenen ist, sofern und soweit dieser Teil der Testabrechnung den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

(6) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. prüfen den Betrag aller von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 Abs. 2 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 7 dieser **Anlage 3** und übersenden 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, die einbehaltene Praxisgebühr sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechtigte Abrechnungsrügen.

(7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband und MEDI e.V. etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.

(8) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessen 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 werden sich der Hausärzteverband und MEDI e.V. im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind zur außergerichtlichen Klärung von Bean-

standungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern sie dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt haben, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 6
Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

(1) Zum Zwecke der Abrechnung übersenden der Hausärzteverband und MEDI e.V. der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. bedienen sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 6 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295 a Abs.2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge 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 („**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 Prüffrist dem Hausärzteverband und MEDI e.V. schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.

a) Erfolgt innerhalb der Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.

b) Erfolgt innerhalb der 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. § 11a des HzV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

(3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband und MEDI e.V. benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kon-

toverbindung werden der Hausärzteverband und MEDI e.V. spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.

(4) Die Krankenkasse leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 13,50 EUR pro bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HzV-Versicherten. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für Q1: 1. Februar, 1. März, 1. April; z.B. für Q2: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.).

(5) Die Krankenkasse kann gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI e.V. mit Wirkung für den HAUSARZT binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtungen geltend machen.

(6) Sofern eine gerichtliche Geltendmachung erforderlich ist, sind der Hausärzteverband und MEDI e.V. bei grundsätzlichen, also eine Vielzahl von Hausärzten betreffenden, Differenzen mit einer 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 und MEDI e.V. dürfen diese Ansprüche im Wege eines Musterverfahrens verfolgen und sind gleichzeitig berechtigt, die Klärung entsprechender Ansprüche weiterer Hausärzte bis zum Abschluss dieses Musterverfahrens zurückzustellen. Sollte die Führung des Musterverfahrens durch den Hausärzteverband und MEDI e.V. in Prozessstandschaft aus prozessualen Gründen nicht zulässig sein, ist der HAUSARZT verpflichtet, auf Anforderung des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. 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.

§ 7
Abrechnungsprüfkriterien

(1) Der Hausärzteverband, MEDI e.V. und die Krankenkasse prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die for-

mal 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**;

e) Vorliegen vollständiger Informationen zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes gemäß § 5 Abs. 1 b), Abs. 3 dieser **Anlage 3**.

(3) Der Umfang der vom Hausärzteverband und MEDI e.V. 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 (§ 11a des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 9** einschlägig sein.

(6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 10 Abs. 8 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8
Auszahlung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband und MEDI e.V.

(1) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Krankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von ihrem sonstigen Vermögen zu verwalten; sie bedienen sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. prüfen den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3.**

(2) Die HÄVG ist berechtigt und verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 12 des HzV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 14 des HzV-Vertrages bleibt unberührt.

(3) Die Krankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach § 11a des HzV-Vertrages.

§ 9
Anhänge

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

Anhang 1 zu Anlage 3:	Leistungsbeschreibung gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**
Anhang 2 zu Anlage 3:	Diagnosen zur Abrechnung des Zuschlags für chronisch Kranke (P3)
Anhang 3 zu Anlage 3:	Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag
Anhang 4 zu Anlage 3:	VERAH-Zuschlag
Anhang 5 zu Anlage 3:	Berechnung der Obergrenze gemäß § 10 Abs. 9 HzV-Vertrag