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			
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 Versichertenteilnahmehalbjahr ▪ Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Für den 1. Arzt-Patienten-Kontakt eines Versichertenteilnahmejahres erhält der Arzt für ein Versichertenteilnahmehalbjahr 95,00 EUR, für einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt im zweiten Versichertenteilnahmehalbjahr erhält der Arzt 50,00 EUR. **Voraussetzung:** ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Versichertenteilnahmehalbjahr ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	95,00 EUR bzw. 50,00 EUR

P3.1 **Zuschlag für den erhöhten Betreuungs-aufwand definierter Krankheitsbilder**	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, der eine der in Anhang 2 zu Anlage 3 definierten Krankheitsbilder aufweist und für den zu diesem Krankheitsbild eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt wurde.	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P3.1 ist nicht neben P3.2 und/ oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	10,00 EUR
P3.2 **Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder**	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, der zwei der in Anhang 2 zu Anlage 3 definierten Krankheitsbilder aufweist und für den zu diesen beiden Krankheitsbildern jeweils mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt wurde.	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P3.2 ist nicht neben P3.1 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar **Voraussetzung**: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	27,50 EUR
P3.3 **Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder**	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, der mindestens drei der in Anhang 2 zu Anlage 3 definierten Krankheitsbilder aufweist und für den zu diesen drei Krankheitsbildern jeweils mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt wurde. .	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P3.3 ist nicht neben P3.1 und/oder P3.2 im selben Quartal abrechenbar **Voraussetzung**: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	55,00 EUR
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.	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: ▪ 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.	▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar	12,50 EUR

		Voraussetzung: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	
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 **Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2**	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2, sofern die in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 genannte Quote (nur me-too) erfüllt ist. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	2,50 EUR
Z3 **VERAH-Zuschlag auf P3.1 bis P3.3**	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis).	▪ Zuschlag auf jede vergütete P3.1 bis P3.3 ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in **An-**	05,00 EUR

		hang 4 zu dieser **Anlage 3** geregelt **Voraussetzung:** ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
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 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 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 und 02301 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
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. 2 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
Hausbesuch	Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Hausarzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben. Liegt nicht vor, wenn der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)	▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	30,00 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.).
Vertragsteilnahmejahr des Arztes	Ein Vertragsteilnahmejahr des Arztes umfasst vier aufeinander folgende Quartale und beginnt erstmalig ab dem auf die schriftliche Bestätigung der Teilnahme am Vertrag (Teilnahmebestätigung) folgenden Quartal.
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). Bei einem durch die TK 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 2014 (§ 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages).

§ 3
Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P2 und P3 sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Sollte innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V erfolgen, verhandeln der Hausärzteverband und die TK, ob und wie diese Leistungen im EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** berücksichtigt werden bzw. entfallen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen 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 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 im EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. 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 abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 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 TK und der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. für die TK mit der Kassenärztlichen Vereinigung 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 TK einzuziehen, sofern die TK 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 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 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 die Hausärzteverband gemäß den Vorgaben der Tabelle unter Absatz 3 dieses § 5.

c) Der HAUSARZT hat die Praxisgebühr, die ein HzV-Versicherter entrichtet hat, einzubehalten. Der Hausärzteverband ist im Rahmen der für den Hausärzteverband durchgeführten 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. Die TK erhält von dem Hausärzteverband 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 TK 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

(1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von dem Hausärzteverband 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 teilt der Hausärzteverband dem HAUSARZT und der TK 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 durch Übermittlung an das Rechenzentrum 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 ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der TK 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 TK 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 übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der TK einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**"). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechtigte Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 11a Abs. 3 des HzV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der TK.

(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) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der TK 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 TK bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern sie 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.

(9) Sofern eine gerichtliche Geltendmachung erforderlich ist, ist der Hausärzteverband bei grundsätzlichen, also eine Vielzahl von Hausärzten betreffenden, Differenzen mit einer TK 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 TK 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 TK

(1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der TK eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 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 TK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**TK-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die TK der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der TK-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 TK-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die TK innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.

b) Erfolgt innerhalb der TK-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die TK 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 TK hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der TK schriftlich mitteilen.

(4) Die TK kann durch Erklärung gegenüber dem Hausärzteverband binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei und der weiteren Abrechnungsunterlagen sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Ist die TK 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 Hausärzteverband innerhalb der drei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 11a Abs. 3 des HzV-Vertrages ist anwendbar. Näheres vereinbaren der Hausärzteverband, die TK und das Rechenzentrum für ihre technischen Prozesse.

§ 7
Abrechnungsprüfkriterien

(1) Das Rechenzentrum für den Hausärzteverband und die TK 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**;

e) Vorliegen vollständiger Informationen zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes gemäß § 4 Abs. 1 b), Abs. 3 dieser **Anlage 3**.

(3) Der Umfang des vom Rechenzentrum an die TK zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i.V. mit 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. 5 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

(7) Die Vertragsparteien streben einen Prozess zur Qualitätssicherung der Abrechnung des Hausarztes an.

§ 8
Auszahlung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

(1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der TK entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der TK erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3.**

(2) Die Hausärzteverband ist berechtigt und gegenüber dem Hausärzteverband verpflichtet, die von der TK erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 10 Abs. 1 des HzV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 16 des HzV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der TK 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.

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

§ 9

Anlagen

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 Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand (P3)
Anhang 3 zu Anlage 3:	Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag
Anhang 4 zu Anlage 3:	VERAH-Zuschlag
Anhang 5 zu Anlage 3:	Wirkung der Obergrenze

Hamburg/Köln,

Hauptverwaltung Techniker TK
Karen Walkenhorst

Hausärzteverband Hessen e.V.
Dr. med. Günter Haas

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Eberhard Mehl, Jochen Rose