

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 (die Erklärung der Begrifflichkeiten erfolgt im Anschluss an diese Vergütungstabelle):

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 für HzV-Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar; § 6 Abs. 2 bis 4 des HzV-Vertrages bleiben unberührt.
- 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.
- Zuschläge für Qualifikationen werden für das Abrechnungsquartal vergütet, in dem der HAUSARZT über die jeweilige Qualifikation verfügt.

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 eines Versichertenteilnahmejahres ist von der P1 umfasst 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 für das jeweilige Abrechnungsquartal (§ 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 Versi- 	60,00 EUR

		<p>chertenteilnahmejahr, 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 15,00 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 Abrechnungsquartal ▪ Max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P2 wird im ersten Versichertenteilnahmequartal eines Versichertenteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist <p>Voraussetzungen:</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 ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>35,00 EUR</p>
<p>P3a Quartalsbezogener Zuschlag für Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von chronisch kranken Patienten. ▪ Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der die Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte in der am 20. August 2008 in Kraft getretenen Fassung erfüllt und für den mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose für das Abrechnungsquartal zu dieser Anlage 3 übermittelt wurde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Abrechnungsquartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P3a wird nicht gleichzeitig mit P3b vergütet. <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ P3a wird nur für Betreuung chronisch kranker Patienten gemäß § 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte vergütet. <p>Der Hausärzteverband und die Krankenkassen sind berechtigt, bei</p>	<p>25,00 EUR</p>

		<p>Anderungen dieser Richtlinie eine Anpassung der Definition des Patienten mit besonderem Betreuungsaufwandes nach billigem Ermessen vorzunehmen. Der Anspruch des HAUSARZTES auf Leistung der Pauschale P3a ist als Folge einer Anpassung der Definition des besonderen Betreuungsaufwandes von vornherein veränderlich. Eine Anpassung der Definition wird dem HAUSARZT spätestens acht Wochen vor Beginn des Quartals, in dem die veränderte Definition gelten soll, schriftlich mitgeteilt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>P3b Quartalsbezogener Zuschlag für Patienten mit intensivem Betreuungsaufwand</p>	<p>Betreuung von Patienten, für die im Abrechnungsquartal jeweils eine der in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 aufgeführten gesicherte und endstellige Diagnose für das Abrechnungsquartal übermittelt wurde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Abrechnungsquartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P3b wird nicht gleichzeitig mit P3a vergütet <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ P3b wird nur für Patienten mit intensivem Betreuungsaufwand gemäß Diagnosen nach Anhang 3 zu dieser Anlage 3 vergütet. Die Bestimmung der Diagnosen nach Anhang 3 zu Anlage 3 liegt im billigen Ermessen des Hausärzteverbandes und der Krankenkassen. Der Anspruch des HAUSARZTES auf Leistung von P3 b ist daher als Folge einer Anpassung der Diagnosen nach Anhang 3 zu Anlage 3 von vornherein veränderlich. Eine Anpassung der Diagnosen und die damit verbundene Aktualisierung von Anhang 3 zu dieser Anlage 3 wird dem HAUSARZT spätestens acht Wochen vor Beginn des Quartals, in dem die veränderten Diagnosen gelten sollen, schriftlich mitgeteilt. ▪ Mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>40,00 EUR</p>
<p>Vertreterpauschale</p>	<p>Hausärztliche Versorgung des</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obergrenze von 1.000,00 EUR 	<p>Ab dem</p>

	Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	gilt pro Vertragsteilnahmejahr des HAUSARZTES. Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt vergütet 	01.10.2013 geltende Regelung: 12,50 EUR je Vertretungsfall, jedoch max. 1.000,00 EUR pro Vertragsteilnahmejahr eines Vertreterarztes
Zuschläge auf P1			
Z1 Psychosomatik	Qualifikation zur Erbringung der Leistung Psychosomatik gemäß EBM (GOP 35100, 35110)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P 1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Der Zuschlag wird automatisch – 1 x pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen. Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Maßgeblich ist die Selbstauskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzterverband. 	3,00 EUR
Z2 Qualitätszuschlag I	<p>Erfüllung der 2 folgenden Qualifikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Belastungs-EKG ▪ Langzeitblutdruckmessung <p>sowie Erfüllung 1 weiteren aus der Liste der nachstehenden Qualifikationen nach Auswahl des HAUSARZTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirotherapie ▪ Kleine Chirurgie ▪ Langzeit-EKG ▪ Sonographie Abdomen ▪ Sonographie Schilddrüse ▪ Elektrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Der Zuschlag wird automatisch – 1 x pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen. ▪ Der Betreuarzt verfügt über die beiden Qualifikationen „Belastungs-EKG“ und „Langzeitblutdruckmessung“ sowie 1 weitere der nebenstehenden Qualifikationen; maßgeblich ist die Selbstauskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzterverband. ▪ Z2 kann neben Z3 abgerechnet werden Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	3,00 EUR
Z3 Qualitätszuschlag II	<p>Erfüllung der 4 folgenden Qualifikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Belastungs-EKG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Der Zuschlag wird automatisch – 1 x pro Versicherten- 	5,00 EUR

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Langzeitblutdruckmessung ▪ Sonographie Abdomen ▪ Elektrotherapie <p>sowie Erfüllung von weiteren 2 aus der Liste der nachstehenden Qualifikationen nach Auswahl des HAUSARZTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirotherapie ▪ Kleine Chirurgie ▪ Langzeit-EKG ▪ Sonographie Schilddrüse 	<p>teilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Betreuarzt verfügt über die 4 Qualifikationen „Belastungs-EKG“, „Langzeitblutdruckmessung“, „Sonographie Abdomen“ und „Elektrotherapie“ sowie 2 weiteren der nebenstehenden Qualifikationen; maßgeblich ist die Selbstauskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzteverband. ▪ Z3 kann neben Z2 abgerechnet werden. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	
Z4 Zuschlag für Influenza-Impf-Quote	Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impf-Ziffer 89111	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ Z4 wird bei Erreichung der in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 näher erläuterten Impf-Quote von 65 % in einem Kalenderjahr vergütet. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	2,00 EUR
Z5 Zuschlag für Check-Up-Quote	Gesundheitsuntersuchung gem. EBM 01732	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ Z5 wird bei Erreichung der in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 näher erläuterten Checkup-Quote von 45 % in einem Kalenderjahr vergütet. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	2,00 EUR
Sonstige Zuschläge			
Z6 Quartalsbezogener Zuschlag für Hausbesuche bei Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand	Durchführung von Hausbesuchen (Besuch, Dringender Besuch I, Dringender Besuch II, Besuch eines weiteren Kranken, Visite auf der Belegstation, je Patient, Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen) bei Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand (Diagnosen nach P3a) gemäß der Besuchsziffern 01410, 01411, 01412, 01413, 01415	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag für Hausbesuche bei Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Z6 wird vergütet ab dem und einschließlich des 17. Hausbesuches des HAUSARZTES in einem Abrechnungsquartal. ▪ Bis zum 15. September 2013 bewerten der Hausärzteverband und die Krankenkassen nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit 	3,00 EUR

		<p>und der Abrechnungshäufigkeit den Betrag für diesen Zuschlag Z6 und werden diesen ggf. neu bestimmen. Der Anspruch des HAUSARZTES entsteht insoweit von vornherein ab dem 1. Oktober 2013 veränderlich. Der Hausärzterverband wird dem HAUSARZT eine ggf. neue Regelung zu diesem Zuschlag Z6 spätestens zum 1. Oktober 2013 mitteilen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamtzahlbetrag beider Kassen, für Einzelheiten siehe § 3 Ziffer VI. dieser Anlage 3 <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Bei der Abrechnung sind die Besuchstage mit anzugeben. 	
<p>Z7 Quartalsbezogener Zuschlag für Hausbesuche bei Patienten mit intensivem Betreuungsaufwand</p>	<p>Durchführung von Hausbesuchen (Besuch, Dringender Besuch I, Dringender Besuch II, Besuch eines weiteren Kranken, Visite auf der Belegstation, je Patient, Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen) bei Patienten mit intensivem Betreuungsaufwand (Diagnosen nach P3 b) gemäß der Besuchsziffern 01410, 01411, 01412, 01413, 01415</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag für Hausbesuche bei Patienten mit intensivem Betreuungsaufwand ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Z7 wird vergütet ab dem und einschließlich des 4. Hausbesuches des HAUSARZTES in einem Abrechnungsquartal. ▪ Bis zum 15. September 2013 bewerten der Hausärzterverband und die Krankenkassen nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und der Abrechnungshäufigkeit den Betrag für diesen Zuschlag Z7 und werden diesen ggf. neu bestimmen. Der Anspruch des HAUSARZTES entsteht insoweit von vornherein ab dem 1. Oktober 2013 veränderlich. Der Hausärzterverband wird dem HAUSARZT eine ggf. neue Regelung zu diesem Zuschlag Z7 spätestens zum 1. Oktober 2013 mitteilen. ▪ Gesamtzahlbetrag beider Kassen, für Einzelheiten siehe § 3 Ziffer VI. dieser Anlage 3 <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis über eine geriatrische oder palliativ- 	<p>5,00 EUR</p>

		<p>medizinische Fortbildung pro Arzt-Teilnahmejahr, maßgeblich ist die Selbstauskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzterverband.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der Abrechnung sind die Besuchstage mit anzugeben. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	
Z8 Zuschlag für Patientenzufriedenheit	Förderung ausschließlicher Inanspruchnahme des Betreu- arztes im vereinbarten Leis- tungsumfang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Abrechnungsquartal pro Arzt ▪ Gesamtzahlbetrag beider Kassen, für Einzelheiten siehe § 3 Ziffer VI. dieser Anlage 3. <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 95 % der HzV- Versicherten, die den HAUSARZT als Betreuarzt gewählt haben, nehmen ärztliche Leistungen nur nach den Vorgaben der Teilnahmebe- dingungen Versicherte in An- spruch, die § 73b Abs. 4 Satz 2 entsprechen (Aufsu- chen des Betreu- bzw. Vertre- terarztes, grds. Überweisung für Fachärzte, soweit nicht ausdrücklich abweichend in den Teilnahmebedingungen Versicherte geregelt). ▪ Wird nur dem Betreuarzt ver- gütet. 	200,00 EUR
Z9 Erreichbarkeitszuschlag	Vermeidung der Inanspruch- nahme des ÄBD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Abrechnungsquartal pro Arzt <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein HzV-Versicherter des Betreu- arztes nimmt in dem Ab- rechnungsquartal den ÄBD in Anspruch. ▪ Gesamtzahlbetrag beider Kas- sen, für Einzelheiten siehe § 3 Ziffer VI. dieser Anlage 3. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt ver- gütet. 	100,00 EUR
Einzelleistungen			
01100 Unvorhergesehene In- anspruchnahme I	Unvorhergesehene Inan- spruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr (sofern die Inan- 	Kann in zu begründenden Aus- nahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden; die Begrün- dung ist in der Abrechnung zu dokumentieren.	25,00 EUR

	<p>sprichnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 		
<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 Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr 	<p>Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden; die Begründung ist in der Abrechnung zu dokumentieren.</p>	<p>40,00 EUR</p>
<p>01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann</p>	<p>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>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x pro Kalenderjahr <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar bei Durchführung für HzV-Versicherte mit Vollendung des 45. Lebensjahr 	<p>16,00 EUR</p>
<p>01745 Hautkrebscreening</p>	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar bei Durchführung für HzV-Versicherte mit Vollendung des 35. Lebensjahr ▪ Vorliegen der entsprechenden Qualifikation; maßgebend ist die Selbstausskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzterverband 	<p>25,00 EUR</p>

<p>03370 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Schwerstkranken und sterbenden Patienten, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, so dass die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. ▪ Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist. ▪ Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten, ▪ Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens, ▪ Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens, ▪ Einmal im Krankheitsfall ▪ Nicht neben einer Vollversorgung durch spezialisierte ambulante Palliativversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ einmalig abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>35,00 EUR</p>
--	---	--	------------------

<p>03371 Palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle), ▪ Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen, ▪ Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen ▪ Dauer mindestens 15 Minuten ▪ Nicht neben einer Vollversorgung durch spezialisierte ambulante Palliativversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persönlicher Arzt-Patient-Kontakt ▪ max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>16,30 EUR</p>
<p>03372 Palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle), ▪ Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen, ▪ Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen ▪ Leistungsinhalt gemäß GOP 03372 EBM) ▪ Dauer mindestens 15 Minuten ▪ Nicht neben einer Vollversorgung durch spezialisierte ambulante Palliativversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persönlicher Arzt-Patient-Kontakt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ max. 5 x pro Tag 	<p>12,75 EUR</p>

<p>03373 Palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle) ▪ Leistungsinhalt gemäß GOP 03373 EBM (dringender Besuch) ▪ Nicht neben einer Vollversorgung durch spezialisierte ambulante Palliativversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persönlicher Arzt-Patient-Kontakt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>12,75 EUR</p>
<p>Fortbildung I</p>	<p>Besondere Erfüllung von zwischen dem Hausärzterverband und den Krankenkassen vereinbarten Fortbildungsmaßnahmen des IhF und der Landesakademie für hausärztliche Fortbildung Berlin und Brandenburg</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximal 1 x pro Arzt-Teilnahmejahr ▪ Frühestens nach dem 1. Arzt-Teilnahmejahr ▪ Wird maximal 3 x pro HAUSARZT vergütet ▪ Gesamtzahlbetrag beider Kassen, für Einzelheiten siehe § 3 Ziffer VI. dieser Anlage 3 <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die Wahrnehmung der Fortbildungsangebote gegenüber dem Hausärzterverband. 	<p>100,00 EUR</p>
<p>Fortbildung II</p>	<p>Erfüllung Fortbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ patientenzentrierte Gesprächsführung oder ▪ Balintgruppenarbeit oder ▪ verbale Interventionstechnik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Einzelleistung Fortbildung II wird dem HAUSARZT einmalig bei Erfüllung der Voraussetzung patientenzentrierter Gesprächsführung / verbale Interventionstechnik / Balintgruppenarbeit gemäß Anlage 2 durch das IhF oder die Landesakademie für hausärztliche Fortbildung Berlin und Brandenburg vergütet. ▪ Wird maximal 1 x vergütet. ▪ Gesamtzahlbetrag beider Kassen, für Einzelheiten siehe § 3 Ziffer VI. dieser Anlage 3. ▪ Gilt auch für vor Vertragsbeitritt durchgeführte Fortbildungen. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die Wahrnehmung der Fortbildungsangebote gegenüber dem Hausärzterverband bis zum 31. März 2013. 	<p>100,00 EUR</p>

<p>DMP-Quote 80 %</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ einmaliger Betrag bei Erreichen einer DMP-Quote von 80 % entsprechend den Vorgaben für die Berechnung der DMP-Quote nach Anlage 2 ▪ Gesamtzahlbetrag beider Kassen, für Einzelheiten siehe § 3 Ziffer VI. dieser Anlage 3 <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfüllung der DMP-Quote durch einen HAUSARZT bei Vertragsbeitritt oder während der Vertragslaufzeit ▪ Praxisgröße von mindestens 500 Scheinen (HzV und Regelversorgung); Nachweis per Selbstauskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzteverband 	<p>500,00 EUR</p>
<p>Erstuntersuchung entsprechend Wertgut-schein der Kassen</p>	<p>Die Erstuntersuchung beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamneseerhebung ▪ und Information über Vorsorgeangebote der jeweiligen Krankenkasse, die von den Krankenkassen kostenlos zur Verfügung gestellt wird ▪ bei medizinischer Indikation gegebenenfalls Laboruntersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x für den jeweiligen HzV-Versicherten, für den die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt werden. <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorliegen des Wertgutscheins; Näheres regelt Anlage 4. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>50,00 EUR</p>

Begrifflichkeit	Beschreibung
Abrechnungsquartal	Abrechnungsquartal ist das Quartal, für das die Abrechnung der HzV-Vergütung erfolgt.
Arzt-Teilnahmejahr	Arzt-Teilnahmejahr ist der Zeitraum von jeweils 4 Quartalen gerechnet ab dem 1. Tag des Quartals, der auf den Tag der bestätigten Teilnahme des Arztes folgt.
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HzV-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)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von <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 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 §§ 1 bis 3 dieser Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 3** nebst Anhängen gelten zunächst bis zum 30. Juni 2016. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt – unbeschadet der ausdrücklich in dieser **Anlage 3** getroffenen Regelungen für die Veränderlichkeit einzelner Vergütungsbestandteile – § 10 Abs. 3 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 Hausärzterverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin 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 ICD-10-Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 4 lit. b) des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind möglichst endstellig zu übermitteln.

III. Abrechnung des Betreuers für die HzV-Versicherten, die ihn als Betreuer gewählt haben

- (1) Der Hausarzt rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als Betreuer 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 des HzV-Vertrages sind, 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.
- (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 Berlin. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung Berlin 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.

V. 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.

VI. Erreichbarkeitszuschlag, Zuschlag für Patientenzufriedenheit, Fortbildung I, Fortbildung II, Quartalsbezogener Zuschlag für Hausbesuche bei Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand, Quartalsbezogener Zuschlag für Hausbesuche bei Patienten mit intensivem Betreuungsaufwand und DMP-Quote 80 %

Für die einmalig bzw. für einen bestimmten Zeitraum (Fortbildungspauschale I) ausgezahlten Einzelleistungen Erreichbarkeitszuschlag, Zuschlag für Patientenzufriedenheit, Fortbildung I, Fortbildung II, Quartalsbezogener Zuschlag für Hausbesuche bei Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand, Quartalsbezogener Zuschlag für Hausbesuche bei Patienten mit intensivem Betreuungsaufwand und DMP-Quote 80 % haften die Krankenkassen gegenüber dem HAUSARZT jeweils als Gesamtschuldner. Im Rahmen der Abrechnung dieser Einzelleistungen nach § 4 bis 6 dieser **Anlage 3** erfolgt die Abrechnung bzw. Rechnungsstellung zunächst gegenüber der AOK Nordost.

§ 4

Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzterverband gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzterverband der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der hausärztlichen Leistungen ist der Hausärzterverband gemäß § 295a Abs.2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X berechtigt, hierzu eine andere Stelle zu beauftragen. Als andere Stelle i.S.v § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X beauftragt der Hausärzterverband das in § 5 Abs. 1 benannte Rechenzentrum. Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HzV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 2 des HzV-Vertrages aus. Die Abrechnung für nicht krankenversicherte Personen gemäß § 264 Abs. 2 bis 6 SGB V (dokumentiert durch den fünfstelligen Versichertenstatus auf der Krankenversicherungskarte: 1xxx4) wird auf der papierbasierten Quartals-Gesamtabrechnung für die Kassen getrennt von der Abrechnung für die HzV-Versicherten dargestellt. Nachberechnungen für nicht aktuelle, sondern in der Vergangenheit liegende Quartale, werden separat von der Abrechnung für das jeweils aktuelle Quartal im Rahmen einer papierbasierten Quartals-Gesamtabrechnung dargestellt. Die Details regelt das technische Fachkonzept zur Abrechnung.
- (2) Die jeweilige Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die jeweilige 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 Hausärzterverband 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 Ausgleich 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. § 11a 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 binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 5

Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzterverband

- (1) Der Hausärzterverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des HAUSARZTES einschließlich der Übermittlung der Abrechnung über die vom HAUSARZT eingezogenen Praxisgebühr nach dem nachfolgenden § 7 nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** ver-

pflichtet. Das von dem Hausärzteverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum GmbH
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 jeweiligen Krankenkasse spätestens 1 Monat vor dem Beginn eines Quartals 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 § 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 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 und verpflichtet, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgeabrechnungsquartal vorzunehmen.
- (4) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HzV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 6 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 § 6 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 Abs. 2 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 4 Abs. 2 dieser **Anlage 3** und übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die für das 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 § 6 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 11a Abs. 4 des HzV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.
- (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.
- (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 § 6 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 Anspruches das Musterverfahren geführt wird, zumutbar ist. Die Erträge dieses Verfahrens stehen nach Abzug der notwendigen Kosten der Rechtsverfolgung dem HAUSARZT zu.

§ 6 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 Einzelleistungen und Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der vom Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i. V. m. 1b 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 10** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

**§ 7
unbesetzt**

**§ 8
Auszahlung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband**

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Krankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich der HÄVG insoweit als Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 4 dieser **Anlage 3**.
- (2) Die Hausärzteverband 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. 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. Kalendarstag des jeweiligen Monats für den Vormonat.
- (3) Die Krankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG als Zahlstelle des Hausärzteverbandes. 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 §§ 11, 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: | Impf- und Check-up Quote |
| Anhang 3 zu Anlage 3: | Definierte ICD-10 Diagnosen zur Abrechnung der Intensiven Betreuungspauschale |
| Anhang 4 zu Anlage 3: | Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag (noch unbesetzt) |
| Anhang 5 zu Anlage 3: | Versichertenbezogene Fallwertobergrenze |