

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	<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 Abs. 4 und 5 des HZV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Versicherterteilnahmejahr ▪ Max. 2 x pro Versicherterteilnahmejahr ▪ Für den 1. Arzt-Patienten-Kontakt eines Versicherten-teilnahmejahres erhält der Arzt für ein Versicherterteilnahmejahr 95,00 EUR, für einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt im zweiten Versicherterteilnahmejahr erhält der Arzt 50,00 EUR. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Versicherterteilnahmejahr 	95,00 EUR bzw. 50,00 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
P3.1 Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand 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.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilmahnemjahr ▪ P3.1 ist nicht neben P3.2 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilmahnemjahr ▪ P3.2 ist nicht neben P3.1 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilmahnemjahr ▪ P3.3 ist nicht neben P3.1 und/oder P3.2 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patientenkontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	12,50 EUR
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abre- 	12,50 EUR

	Befundübermittlung.	<p>chenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	
Zuschläge			
Z1 Präventions- Zuschlag	<p>Durchführung einer der folgenden Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	2,50 EUR

		vergütet	
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).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P3.1 bis P3.3 ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuertes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuerarzt vergütet 	05,00 EUR
Einzelleistungen			
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	Unvorhergesehene Inanspruchnahme 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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): <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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Versicherungsteilnahmejahr	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)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	30,00 EUR

	<p>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)</p>		
--	---	--	--

* 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 Hausärzterverband). 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)	<p>Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander <p>zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemein-</p>

	<p>schaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).</p>
--	--

§ 2

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**. Sollten innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung 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. Anpassungen des EBM-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** aufgrund dieser Regelung 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. Bei nicht gesicherten Diagnosen ist die Verwendung von vierstelligen Schlüsselnummern ausreichend (vgl. Vertrag § 3 (5) lit. b i.V.m. der jeweiligen Bekanntmachungen des BMG gem. §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnoseschlüssels).

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 Betreuarzt 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. Hier-

bei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden, anderenfalls ist dieses eine Doppelabrechnung (§ 11 Abs. 3 HzV Vertrag).

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

- (1) Leistungen gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HzV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 11 Abs. 3 HzV-Vertrag.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich, anderenfalls ist es eine Überzahlung (§ 11 Abs. 5 HzV Vertrag).

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

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V
- (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 und werden der TK im Einzelrechnungsnachweis übermittelt.

§ 3

Abrechnung und Auszahlung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt, die HzV-Vergütung von der TK entgegenzunehmen und verpflichtet, die HzV-Vergütung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 10 Abs. 1 des HzV-Vertrages weiterzuleiten. Die vertragsspezifische HzV-Vergütung

ist getrennt von sonstigen Vermögen des Hausärzteverbandes zu verwalten. Er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle.

- (2) Die HÄVG prüft die von der TK geleisteten Zahlungen auf ihrem Konto ("**Abrechnungskonto**") sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach § 6 Abs. 8 dieser **Anlage 3**. Sie ist verpflichtet, die Zahlungen der TK in angemessen kurzer Frist nach Erhalt an die HAUSÄRZTE weiterzuleiten.
- (3) Änderungen der Kontoverbindung teilt die HÄVG bis spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit dem Abrechnungszentrum der TK schriftlich mit.
- (4) Das von dem Hausärzteverband für die Abrechnungsdatenverarbeitung eingesetzte Rechenzentrum ("**Rechenzentrum**") ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG
Edmund - Rumpler - Straße 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 5756 1110

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

- (5) Das Rechenzentrum ermittelt den Vergütungsanspruch des HAUSARZTES auf Basis der vom HAUSARZT übermittelten Abrechnungsdaten.
 - a) Es prüft die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität.
 - b) Auf der Grundlage der geprüften HzV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt das Rechenzentrum die Abrechnungsdateien für die TK und Abrechnungsnachweise für die Ärzte.
 - c) Im Fall von Abrechnungsrügen in Regelprüfungen oder Aufrechnungserklärungen der TK überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei und nimmt sich daraus ergebende Korrekturen vor. Einzelheiten des Korrektur- und Verrechnungsverfahrens bei sog. "Doppelabrechnungen" regelt **Anhang 9** zu dieser Anlage.
 - d) Die Prüfungen erfolgen - soweit technisch möglich - automatisiert und frühzeitig im Prozess eingebunden.
 - e) Neben Prüfungen durch das Rechenzentrum werden die Abrechnungsdaten auch in der Vertragssoftware (VSW) und in der durch den HAUSARZT eingesetzten Vertragssoftware geprüft.
- (6) Die HÄVG erstellt die Gesamtrechnung auf Basis der Daten des Rechenzentrums. Sie hat die Pflicht, die jeweiligen Forderungen und Verpflichtungen der HAUSÄRZTE und der TK

buchhalterisch transparent auszuweisen und berechnet die jeweiligen Zahlungsverpflichtungen zwischen der TK und dem jeweiligem HAUSARZT.

- (7) Nach Erhalt der Zahlung von der TK übersendet das Rechenzentrum dem HAUSARZT einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt insbesondere folgende Punkte:
- a) Die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3.
 - b) Die nach § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages geleisteten Abschlagszahlungen.
 - c) Die Verwaltungskostenpauschale sowie die
 - d) zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüften, nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 9 dieser Anlage 3 berechtigten Abrechnungsrügen sowie die Verrechnung der Forderungen der TK nach § 11 Abs. 6 des HzV-Vertrages. Die Abrechnungsrügen werden nach Versicherten, Leistungen und Datum der Leistungserbringung aufgeschlüsselt dargestellt.
- (8) Im Falle einer Kündigung der HzV-Teilnahme durch einen HAUSARZT ist der Hausärzterverband gegenüber dem kündigenden HAUSARZT in Abweichung zu § 4 Abs. 2 der Anlage 3 des HzV-Vertrages berechtigt, die dritte Abschlagszahlung für das letzte Teilnahmequartal des HAUSARZTES, die dieser von der TK erhalten hat, einzubehalten, soweit diesem mit seinem letzten Abrechnungsnachweis (vorletztes Teilnahmequartal) eine Schlussforderung zugunsten der TK ausgewiesen wurde.
- (9) Die Abrechnungsnachweise für die HAUSÄRZTE sind rechtssicher für Mahn- und Klageverfahren zu gestalten, d.h. dem HAUSARZT sind die jeweiligen Forderungen der TK sowie die Verrechnung und Saldierung von Ansprüchen im Sinne der Rechnungsklarheit darzustellen.

§ 4 Abrechnung der HAUSÄRZTE

- (1) Das Rechenzentrum versendet die Information über den Teilnahmestatus der HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal gemäß § 9 Abs. 3 des HzV-Vertrages bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal an den jeweiligen HAUSARZT.
- (2) Die HÄVG zahlt die von der TK für die teilnehmenden Versicherten geleisteten Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Folgemonats an den HAUSARZT aus (z. B. 15. März für die Teilnehmer im Februar), soweit keine abweichenden Regelungen bestehen.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt dem Rechenzentrum seine Abrechnung der HzV-Vergütung elektronisch und jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**HzV-Abrechnung**“). Die HzV-Abrechnung ist spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats zu liefern (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober)

(„**H_zV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der H_zV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung einzelner Abrechnungsfälle ist der Hausärzterverband berechtigt, die Abrechnungsfälle gegenüber der TK als Nachreichung erst in einem Folgequartal vorzunehmen.

- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der HÄVG unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen. Ein schriftlicher Widerspruch gegenüber dem Rechenzentrum ist innerhalb von 4 Wochen nach Eingang möglich. Die Berücksichtigung später eingehender Beanstandungen ist ausgeschlossen.
- (5) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der TK hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzterverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Analyse und gegebenenfalls Abrechnungskorrektur gegenüber der TK mit der nachfolgenden Quartalsabrechnung bemühen.
- (6) Der Hausärzterverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES mit der TK verpflichtet, sofern er dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 6-8 dieser Anlage 3 ungerechtfertigt ist.
- (7) Sofern eine gerichtliche Geltendmachung erforderlich ist, ist der Hausärzterverband bei grundsätzlichen, also eine Vielzahl von Hausärzten betreffenden Differenzen mit der TK über die Abrechnung der H_zV-Vergütung aufgrund der Anwendbarkeit oder Auslegung einzelner Vergütungstatbestände nach dieser **Anlage 3** nebst **Anhängen** berechtigt und verpflichtet, Ansprüche des HAUSARZTES gegenüber der TK für den HAUSARZT geltend zu machen; der Hausärzterverband 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 die Dienstleistungsgesellschaft in Prozessstandschaft aus prozessualen Gründen nicht zulässig sein, ist der HAUSARZT verpflichtet, auf Anforderung der Dienstleistungsgesellschaft eine Abtretung seines entsprechenden Teils des Anspruches auf die H_zV-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.
- (8) Sollte sich für einen HAUSARZT eine Überzahlung oder ein sonstiger Gegenanspruch gemäß § 11 Abs. 6 und § 12 Abs. 3 des H_zV-Vertrages der TK ergeben, erhält der HAUSARZT im Abrechnungsnachweis eine Mitteilung, dass die fälligen Beträge mit jeglichem Zahlungs-

anspruch des HAUSARZTES verrechnet werden. Einzelheiten des Verrechnungsverfahrens bei Fehl- und Doppelabrechnungen regelt Anhang 9 dieser **Anlage 3**.

- (9) Sollte ein HAUSARZT aus dem HZV-Vertrag ausscheiden oder eine Verrechnung mit zukünftigen Vergütungsansprüchen aus anderen Gründen nicht oder nicht vollständig möglich sein, erhält der HAUSARZT mit einem Abrechnungsnachweis eine Zahlungsaufforderung. Die dort ausgewiesenen Forderungen sind vom Hausarzt innerhalb von 4 Wochen zu begleichen. Der HÄV übermittelt bei ausstehenden Rückforderungen nach Ablauf der 4 Wochen Zahlungsfrist bis zu zwei weitere Zahlungsaufforderungen als Mahnungen an die HAUSÄRZTE, die ihrer Zahlungsverpflichtung nicht fristgerecht nachkommen.

§ 5

Abrechnungsannahme und Zahlung der TK

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet das Rechenzentrum der TK im Auftrag des Hausärztesverbandes nach Abschluss des Abrechnungsquartals
- a) eine Einzelfall- und
 - b) eine Sammelrechnungsdatei sowie
 - c) ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte zum Zeitpunkt der Abrechnungsdatenerstellung (ARZ01)
- als zahlungsbegründende Unterlage. Die Dateien werden nach Vertragsnummern getrennt geliefert.
- (2) Die Einzelfallrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungsfälle eines Kalenderquartals ("**Abrechnungsquartal**") und weist die Beträge für den jeweiligen HAUSARZT aus. Ein Abrechnungsfall umfasst alle Leistungen, die für einen Versicherten im Leistungsquartal durch die in der Praxis des Betreuers tätigen Hausärzte erbracht wurden. Zu einer Praxis gehören die Hauptbetriebsstätte und sämtliche Nebenbetriebsstätten ("**Abrechnungsfall**").
- (3) Die zum Zwecke der Prüfung der Abrechnung übermittelten Einzelfall- und Sammelrechnungsdaten basieren hinsichtlich ihres strukturellen Aufbaus auf der zwischen den Vertragspartnern abgestimmten jeweils aktuellen Fassung der Technischen Anlage zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V für Verträge nach § 73b SGB V ("**TA**") und werden als Echtdaten geliefert. Testdaten werden nur in beiderseitigem Einvernehmen zu Testzwecken übertragen (z.B. Erstlieferungen einer Datenart, Umstellung der Version einer TA, Anpassungen des Prüfregelwerks).

- (4) Die TK prüft die jeweiligen Einzelfall- und Sammelrechnungsdateien auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität entsprechend §§ 10 ff. des HzV-Vertrages und 9 dieser Anlage 3. Zusätzlich nimmt die TK Prüfungen entsprechend den Stufen 1-3 der jeweils aktuellen Fassung der Technischen Anlage zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V für Verträge nach § 73b SGB V sowie eine Additions- und Multiplikationsprüfung vor. Die Summe der Einzelfallrechnungen muss den Beträgen der Sammelrechnung entsprechen.
- (5) Die TK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**TK-Prüffrist**“), um eine Rückmeldung über die Verarbeitung an das Rechenzentrum zu geben. Die Meldung erfolgt möglichst taggleich nach Feststellung.
- (6) Ist die TK der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, teilt die TK dem Rechenzentrum die Abrechnungsrüge gem. Anhang 10 mit. Die Mitteilung erfolgt möglichst taggleich nach Feststellung.
- (7) Handelt es sich bei den Abrechnungsrügen um schwerwiegende Fälle, die eine Verarbeitung der Abrechnungsdatei bei der TK nicht zulassen, führt dies zur Ablehnung und Abweisung der Abrechnungsdatei durch die TK. In diesem Fall stellt das Rechenzentrum der TK unverzüglich die um die beanstandeten Abrechnungsrügen korrigierten neuen Abrechnungsdateien zur Verfügung.
- (8) Nach Ablauf der TK-Prüffrist und nachdem die TK dem Rechenzentrum Fehlerfreiheit der Dateien gegenüber dem Rechenzentrum schriftlich bestätigt hat, was unverzüglich zu erfolgen hat, ist die TK innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
- (9) Im Anschluss erhält das Abrechnungszentrum der TK einen Gesamtrechnungsbrief mit den in Anhang 6 zu dieser Anlage aufgeführten Inhalten per Post. Der Gesamtrechnungsbrief geht an:

Techniker Krankenkasse
Abrechnungszentrum
Ruhrorter Strasse 187
47119 Duisburg

Das Abrechnungszentrum betreffende Änderungen teilt die TK dem Hausärzteverband spätestens 1 Monat vor dem Beginn des Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (10) Die TK hat die Zahlung auf das Abrechnungskonto zu leisten. Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur. Die TK ist verpflichtet, die im Rechnungsbrief als Zahlungsbetrag ausgewiesene Summe an die HÄVG zu zahlen, sofern die Summe dem in der angenommenen Abrechnungsdatei ausgewiesenen Zahlungsbetrag entspricht, wobei sich der Zahlungsbetrag aus der Summe der positiven Abrechnungsbeträge unter Berücksichtigung der je Arzt ge-

leisteten arztindividuellen Abschlagszahlungen ergibt. Im Rechnungsbrief werden die negativen Abrechnungsbeträge unter Berücksichtigung der je Arzt geleisteten Abschlagszahlungen kumuliert ausgewiesen. Den Inhalt regelt Anhang 6. Die Dienstleistungsgesellschaft übermittelt für jedes Abrechnungsquartal eine Datei, aus der sich die saldierten, noch nicht zurückgeführten Negativsalden je Arzt ergeben. Den Inhalt regelt Anhang 10. In den nachfolgenden Abrechnungszeiträumen erfolgt im Gesamtrechnungsbrief eine Gutschrift aus den zurückgeführten Überzahlungsbeträgen.

§ 6 Prüfungen der TK nach Rechnungszahlung

- (1) Die TK kann die Abrechnungsdateien binnen 3 Jahren nach Erhalt auf Grundlage des Prüfregelwerks nach den § 8, 9 dieser Anlage prüfen (Regelprüfung) und Abrechnungsrügen gegenüber dem HAUSARZT über das Rechenzentrum geltend machen.
- (2) Über die Regelprüfung hinaus nimmt die TK vertragsübergreifende Prüfungen auf Doppel- und Fehlrechnung vor. Dazu erstellt die TK Abrechnungsrügen anhand von Einzelfallrechnungen (HZV) und Einzelfallnachweisen (Regelversorgung). Das Nähere zum Verfahren der Realisierung von Forderungen der TK aus Fehl- und Doppelabrechnungen ist in den Anhängen 9 und 10 dieser Anlage geregelt.

§ 7 Regelprüfungen

- (1) HÄVG und TK nehmen Regelprüfungen auf Grundlage der Regelungen in § 9 der **Anlage 3** vor.
- (2) Wenn es in einer Prüfung zu einem positiven Ergebnis kommt, d.h. nach Auffassung eines Vertragspartners ein Fehler in der Abrechnung vorliegt, muss dieses Prüfergebnis dem Vertragspartner schriftlich und unter Angabe eines konkreten Mangels mitgeteilt werden („**Abrechnungsrüge**“). Ist der Vertragspartner der Auffassung, dass die Abrechnungsrüge unbegründet ist, teilt er dies dem Vertragspartner mit („**Widerspruch zur Abrechnungsrüge**“). Schriftliche Abrechnungsrügen sehen mindestens die Angabe von Rechnungsnummer und Prüfregel-ID vor. Meldungen der TK an das Rechenzentrum müssen mindestens 4 Wochen vor Erstellung der Abrechnungsdateien vorliegen, um in der nächstmöglichen Abrechnung Berücksichtigung finden zu können. Sind die übermittelten Abrechnungsrügen unvollständig oder unbegründet, dann muss mit der Erstellung der Abrechnung eine Mitteilung über die Einwände erfolgen.

- (3) Für geeinte, durch Schiedsspruch bestätigte oder unbeanstandet gebliebene Abrechnungsrügen nimmt das Rechenzentrum eine Verrechnung der entsprechenden Beträge mit der nächstfolgenden Abrechnung sowie eine Korrektur der Abrechnungsdaten (siehe **Anhang 8**) vor. Die Verrechnungsbeträge werden im Gesamtrechnungsbrief (siehe **Anhang 6**) als Gut- und Lastschriften ausgewiesen.

§ 8 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) HÄVG und TK vereinbaren gemeinsam ein Prüfgewerk ("**Prüfgewerk**"; Anhang 7). Geprüft werden u. a. fallübergreifende und fallinterne Konsistenz, Teilnahme zum Leistungszeitpunkt (HAUSÄRZTE und Versicherte) sowie Prüfungen der Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen gemäß § 1.
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Kriterien:
- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HzV. Die Abrechnung wird gegen das Arztverzeichnis zum Zeitpunkt der Abrechnung (ARZ01) sowie das Teilnehmerverzeichnis (TVZ00) des Folgequartals geprüft.
[Beispiel: Der Abrechnungszeitraum ist gleich ein Quartal und wird im RGI Segment der Abrechnungsdateien definiert, so dass das TVZ Q2 für die Prüfung des Abrechnungsquartals Q1 herangezogen würde.]
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung oder des VERAH-Zuschlags.
 - c) Vorliegen vollständiger und konsistenter Abrechnungsdatensätze.
 - d) Angabe der erforderlichen und logischen Diagnosedokumentation gemäß § 2 Ziffer II. dieser Anlage 3.
- (3) Kommt es in nachfolgenden Mitteilungen der HZV-Versichertenteilnahme gemäß § 9 Abs. 3 des HZV-Vertrags zu rückwirkenden Beendigungen oder Stornierungen, werden diese gemeldet, für die Abrechnung jedoch maximal drei Quartale rückwirkend berücksichtigt, soweit es sich nicht um arztbezogene Beendigungsgründe handelt.
- (4) Die Vertragsparteien streben einen Prozess zur Qualitätssicherung der Abrechnung des Hausarztes an. Die Erkenntnisse werden gegebenenfalls in den Prüfgewerken aufgenommen. Wenn die vorgenannten Prüfungen Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich beschriebenen Abrechnungskorrektur das Prüfwesen nach **Anlage 9** zum HZV Vertrag einschlägig sein.

Eine optionale Prüfung der Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen wird durch diese Regelung nicht ausgeschlossen.

§ 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
- Anhang 6 zu Anlage 3:** Gesamtrechnungsbrief
- Anhang 7 zu Anlage 3:** Prüfregelwerk
- Anhang 8 zu Anlage 3:** Storno- und Korrekturverfahren
- Anhang 9 zu Anlage 3:** Rückforderungsmanagement und Verrechnung bei sog. " Fehl- u. Doppelabrechnungen"
- Anhang 10 zu Anlage 3:** Datensatzbeschreibung und näheres zum Umgang mit Abrechnungsrügen