

## Anlage 3 – HzV-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
<b>Pauschalen</b>			
<b>P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungen gemäß §§ 3, 4 des HzV-Vertrages</li> <li>▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres ist von der P1 umfasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> <li>▪ P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versichertenteilnahmequartals in voller Höhe ausgezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HzV-Versichertenverzeichnis gemäß § 10 Abs. 2 des HzV-Vertrages zugrunde gelegt</li> <li>▪ 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, 5,00 EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahmejahr, in dem der Arztwechsel/Ausscheiden des Haus-</li> </ul>	60,00 EUR

		<p>arztes 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><b>Voraussetzung:</b> Wird nur dem Betreuarzt („<b>Betreuarzt</b>“) vergütet</p>	
<p><b>P2</b> <b>Kontaktabhängige Pauschale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</li> <li>▪ Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 6 Abs. 2 und 3 des HzV-Vertrages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 3 x pro Versicherten- teilnahmejahr</li> <li>▪ Im ersten Versichertenteilnahmequartal eines Versichertenteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versichertenteilnahmejahres</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	40,00 EUR
<p><b>P3</b> <b>Zuschlag für chronisch kranke Patienten</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung von chronisch kranken Patienten</li> <li>▪ Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser <b>Anlage 3</b> ist derjenige Patient, der mindestens eine der Erkrankungen hat, die zu den im Morbi-RSA aufgeführten 80 Diagnosegruppen gehört <b>und</b> für den mindestens eine entsprechende definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt wurde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur für chronisch kranke Patienten gemäß dieser <b>Anlage 3</b> mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	20,00 EUR
<p><b>Vertreterpauschale</b></p>	<p>Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar</li> <li>▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p>	17,50 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Vertreterarzt („<b>Vertreterarzt</b>“) vergütet</li> </ul>	
<b>Zielauftragspauschale</b>	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar</li> <li>▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	17,50 EUR
<b>Zuschläge</b>			
<b>Z1 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2</b>	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr), sofern die in <b>Anhang 2</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> genannten Quoten erfüllt sind</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	4,00 EUR
<b>Z2 VERAH-Zuschlag auf P3</b>	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr)</li> <li>▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in <b>Anhang 3</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> geregelt</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	5,00 EUR
<b>Z3 Impf-Zuschlag</b>	Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impfziffer 89111	Der Impf-Zuschlag wird auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten (Alter: ab 60 Jahre) die in <b>Anhang 4</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> näher geregelte Impf-Quote erreicht. Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.	2,00 EUR / Vertragsteilnahmejahr
	Zweite MMR (Masern, Mumps, Röteln) gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impfziffer 89301 B.	Der Impf-Zuschlag wird auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten der entsprechenden Altersgruppe die in <b>Anhang 4</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> näher geregelte Impf-Quote erreicht. Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.	2,00 EUR / Vertragsteilnahmejahr

<p><b>Z4</b> <b>Psychosomatik-</b> <b>Zuschlag auf P1</b></p>	<p>Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gemäß EBM vgl. <b>Anhang 1</b>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P1</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Erfolgt vor Ablauf des Versicherungsteilnahmejahres 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 Versicherungsteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.</li> </ul>	<p>7,00 EUR</p>
<p><b>Einzelleistungen</b></p>			
<p><b>01100</b> <b>Unvorhergesehene Inanspruchnahme I</b></p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder</li> <li>▪ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar</li> <li>▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden</li> </ul>	<p>25,00 EUR</p>
<p><b>01101</b> <b>Unvorhergesehene Inanspruchnahme II</b></p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder</li> <li>▪ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar</li> <li>▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden</li> </ul>	<p>40,00 EUR</p>

<b>01611</b> <b>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 01611)		38,00 EUR
<b>02300</b> <b>Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02300)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *</li> </ul>	8,00 EUR
<b>02301</b> <b>Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02301)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *</li> </ul>	16,00 EUR
<b>02302</b> <b>Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02302)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *</li> </ul>	30,00 EUR
<b>03240</b> <b>Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 03240)	Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr	17,00 EUR
<b>03321</b> <b>Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 03321)		26,00 EUR
<b>33012</b> <b>Schilddrüsen-Sonographie</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 33012)		11,00 EUR
<b>33042</b> <b>Abdominelle Sonographie</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 33042)	Max. 2 x pro Quartal	21,00 EUR
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</li> </ul>	Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.	20,00 EUR / Leistung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</li> </ul>		16,00 EUR / Leistung

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.</li> </ul>	<p>Mit der Abrechnung der Leistung ist zu bestätigen, dass die entsprechende Qualifikation vorliegt. Auffällige bzw. zu beobachtende Befunde sind zu dokumentieren.</p> <p>Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.</p>	25,00 EUR / Leistung
<b>Kindervorsorge</b>	Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1	<p>HAUSÄRZTE können die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1 für bei ihnen eingeschriebene Patienten selbst erbringen und abrechnen oder bei einem an der HzV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt erbringen lassen. Die Untersuchung durch einen Kinder- und Jugendarzt per Zielauftrag beinhaltet einen Arztbrief an den HAUSARZT.</p> <p>Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.</p>	30,00 EUR / Untersuchung
<b>Check-up</b>	<p>Gesundheitsuntersuchung gemäß EBM 01732, gemäß <b>Anlage 2</b> des HzV-Vertrages durchführbar, erweitert um folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bestimmung von HDL-Cholesterin (EBM 32061), LDL-Cholesterin (EBM 32062), Gamma-GT (EBM 32071), Hämoglobin (EBM 32038)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren</li> <li>▪ HzV-Versicherte (Alter: ab 35 Jahre)</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte</p>	35,00 EUR / Untersuchung

\* 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 in einem Vertretungsfall gem. § 32 Abs. 1 S.2 Ärzte-ZV, 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 IKK 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"> <li>• Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder</li> <li>• Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder</li> <li>• MVZ untereinander</li> </ul> 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 2015 (§ 11 Abs. 6 des HzV-Vertrages)

## § 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die IKK und der Hausärzterverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach

Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der Hausarzt bereits jetzt zu.

## II. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 b) des HzV-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) Alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes gemäß **Anhang 1** dieser **Anlage 3** sind mit den Regelungen des § 1 dieser **Anlage 3** abgegolten. Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

## 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 § 13 Abs. 2 des HzV-Vertrages.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

## V. Leistungsumfang bei der Behandlung von 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 zwischen der IKK und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der HzV-Abrechnung zu dokumentieren.

#### § 4

#### 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 vom Hausärzteverband hierzu eingesetzte 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 IKK 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 § 10 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, eine Abrechnung gegenüber der IKK 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 § 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 Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der IKK innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der IKK überprüft der Hausärzteverband die Testabrechnung bzw. die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet den Teil der Testabrechnung bzw. der Abrechnungsdatei zu korrigieren, der von einer Beanstandung der IKK

im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie der Abrechnungsrüge betroffen ist, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 6 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

- (6) Der Hausärzteverband prüft den Betrag aller von der IKK erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 7 dieser **Anlage 3** und übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der IKK einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungspauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 6 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis 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 IKK 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 IKK 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.

## § 5

### Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der IKK

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der IKK eine Abrechnungsdatei ("**Abrechnungsdatei**") als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295a Abs.2 SGB V). 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 § 11 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 11 Abs. 3 des HzV-Vertrages aus.
- (2) Die IKK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die IKK der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der 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 Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die IKK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Abs. 4 bleibt unberührt.
  - b) Erfolgt innerhalb der Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die IKK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 12 des HzV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Zahlungen).
- (3) Die IKK hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der IKK schriftlich mitteilen.
  - (4) Die IKK leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 11 Abs. 3 des HzV-Vertrages. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für Q1: 1. Februar, 1. März, 1. April; z.B. für Q2: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.). Die Summe der Abschlagszahlungen je Versicherten beträgt 162,00 EUR je Versichertenteilnahmejahr verteilt auf 12 Abschlagszahlungen (3 Abschlagszahlungen je Quartal). Der Hausärzteverband ist berechtigt, die Höhe der Abschlagszahlungen je Versicherten während eines Versichertenteilnahmejahres quartalsweise anzupassen. Hierbei darf die Summe der Abschlagszahlungen von 162,00 EUR je Versicherten im Versichertenteilnahmejahr insgesamt nicht überschritten werden. Die IKK wird über die Anpassungen jeweils informiert.
  - (5) Die IKK kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

## § 6

### Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Hausärzteverband und IKK prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 11 bis 13 des HzV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
  - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HzV;
  - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
  - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
  - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.

- (3) Der Umfang der vom Hausärzteverband an die IKK zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i.V.m. 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 13 des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 11 Abs. 6 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

## **§ 7**

### **Auszahlung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband**

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der IKK 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 IKK erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3**.
- (2) Die HÄVG ist berechtigt und verpflichtet, die von der IKK erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 14 Abs. 3 des HzV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 15 des HzV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der IKK in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.
- (3) Die IKK zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach § 13 des HzV-Vertrages.

## **§ 8**

### **Anhänge**

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

**Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz

**Anhang 2 zu Anlage 3:** Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag

**Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag

**Anhang 4 zu Anlage 3:** Impfquote