

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:

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 des 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 gemäß § 9 Abs. 2 des HzV-Vertrages zugrunde gelegt ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HzV-Versicherten war, 6,25 EUR von er P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versicherten-Teilnahmejahr, 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 16,25 EUR von der P1 abgezogen 	60,00 EUR

		<p>Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet</p>	
<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 Abs. 2 und 3 des HzV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr ▪ Im ersten Versicherungsteilnahmequartal eines Versicherungsteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist <p>Voraussetzung:</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 Versicherungsteilnahmejahres ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>40,00 EUR</p>
<p>P3 Zuschlag für Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand ▪ Ein Patient mit besonderem Betreuungsaufwand im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der mindestens eines der nachfolgenden Krankheitsbilder aufweist: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atherosklerose ▪ Hypertonie ▪ Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall ▪ Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens ▪ Angina pectoris / Z, n, altem Myokardinfarkt ▪ Näher bezeichnete Arrhythmien ▪ Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen ▪ Postmenopausale Osteo- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur für Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand gemäß dieser Anlage 3 mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>25,00 EUR</p>

	<p>porose</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Gefäßerkrankungen▪ Polyneuropathie▪ Depression und wahnhaftige Störungen▪ Demenzerkrankungen▪ Ösophagitis, Reflux und andere Erkrankungen der Speiseröhre (ohne Ulkus und Blutung)▪ Chronische obstruktive Bronchitis / Emphysem (Alter > 17 Jahre), Asthma bronchiale▪ Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom▪ Herzinsuffizienz▪ Spinalkanalstenose▪ Wirbelkörperfrakturen▪ Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegeweberkrankungen▪ Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen▪ Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie▪ Alkohol- oder Drogenabhängigkeit▪ Diabetes mit ophtalmologischen Manifestationen▪ Epilepsie▪ Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen▪ Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies▪ Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen▪ Hemiplegie/Hemiparese▪ Typ I Diabetes mellitus▪ Chronische Hepatitis▪ Morbus Parkinson und Chorea Huntington▪ Sonstige ernste bösartige Neubildungen▪ Diabetes mit renalen Manifestationen▪ Bipolare affektive Störungen, Anorexia nervosa, Bulimie▪ Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen▪ Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän▪ Schizophrenie▪ Multiple Sklerose▪ Bösartige Neubildung des		
--	--	--	--

	<p>Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lymphknotenmetastasen ▪ Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane <p>und für den mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose für das Abrechnungsquartal übermittelt wurde.</p>		
Vertreterpauschale	<p>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</p>	<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-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	12,50 EUR
Zielauftragspauschale	<p>Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	12,50 EUR
Zuschläge			
Z1 Sonografie-Zuschlag auf P1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Anrechnung ab dem Quartal, in dem der Arzt diese Qualifikation besitzt <p>Voraussetzung: Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung.</p>	5,00 EUR
Z2 Impf-Zuschlag auf P1	<p>Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impf-Ziffer 89111</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p>	2,00 EUR

		Erreichung der in Anhang 2 zu Anlage 3 geregelten Impfquote bei Versicherten ab 60 Jahre.	
Z3 VERAH-Zuschlag	Betreuung der Patienten mit besonderem Betreuungsaufwand durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag für jeden Versicherten mit besonderem Betreuungsaufwand im Abrechnungsquartal, (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr) ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuers verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuer vergütet 	5,00 EUR
Z4 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag für jeden betreuten Versicherten im Abrechnungsquartal (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr), sofern die in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind. ▪ Wird nur dem Betreuer vergütet 	4,00 EUR
Z5 Langzeitblutdruckmessung-Zuschlag auf P1	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Langzeitblutdruckmessung“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Anrechnung ab dem auf die Selbstauskunft folgendem Abrechnungsquartal <p>Voraussetzung: Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung.</p>	1,00 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 ▪ Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen 	<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

	oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr		
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	<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 ▪ 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
01730 ff Krebsfrüherkennungsuntersuchung	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. ▪ Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht. 	20,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. ▪ Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht. 	16,00 EUR
	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit der Abrechnung der Leistung ist zu bestätigen, dass die entsprechende Qualifikation vorliegt. Auffällige bzw. zu beobachtende Befunde sind zu dokumentieren. ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. ▪ Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht. 	25,00 EUR

<p>Altersspezifischer jährlicher Präventionscheck</p>	<p>Präventivmedizinische hausärztliche Untersuchung und Beratung analog EBM-Ziffer 01732, differenziert nach Altersstufen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bis 35. Lebensjahr mit Schwerpunkt Entwicklung, Ernährung, Bewegung und Suchtprophylaxe ▪ ab 36.-70.Lebensjahr mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Risiko-Vorbeugung ▪ ab 71.Lebensjahr mit Schwerpunkt Osteoporose-/ Sturzprophylaxe, geriatrisches Assessment/ Demenz-Früherkennung sowie Reduktion von Multi-Medikation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ab 71. Lebensjahr max 1 x Kalenderjahr, sonst max. 1 x in zwei Kalenderjahren ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht. 	<p>35,00 EUR</p>
<p>31600 Post-operative Behandlung</p>	<p>Nach ambulanten operativen Eingriffen</p> <p>Überwachung des Heilungsprozesses inkl. Wundversorgung und post-operativer Schmerztherapie, ggf. inkl. Laborkontrolle.</p> <p>Anhang 5 zu dieser Anlage 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht. 	<p>40,00 EUR</p>

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter Hausarzt.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV.).
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem Tag, an dem der Versicherte als HzV-Versicherter im Sinne des HzV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HzV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an die Dienstleistungsgesellschaft). Bei einem durch die AOK Bremen/Bremerhaven stattgegebenen Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG) 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

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

§ 2 Laufzeit

Die **Anlage 3** tritt am 1. Juli 2010 in Kraft.

§ 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 AOK Bremen/Bremerhaven 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 und Abs. 1b SGB über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

III. Abrechnung des Betreuarztes für die HzV-Versicherten, die ihn als Hausarzt gewählt haben

- (1) Der Hausarzt rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als Hausarzt gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß Anhang 1 zu diese Anlage 3 Gegenstand dieses 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. Kann ein Hausarzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen Hausarzt erfolgen.

- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

IV. Besonderheiten bei HzV-Leistungen innerhalb von BAG

- (1) Leistungen **gemäß Anhang 1** zu **dieser Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HzV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs 2 des HzV-Vertrages.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

V. Impfleistungen

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven 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 gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die Dienstleistungsgesellschaft als Abrechnungsdienstleister des Hausärzterverbandes der AOK Bremen/Bremerhaven eine vorläufige Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“). Die Abrechnungsdatei weist die Beträge der von ihr 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.
- (2) Die AOK Bremen/Bremerhaven hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK Bremen/Bremerhaven der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist der Dienstleistungsgesellschaft 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 AOK Bremen/Bremerhaven 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 AOK Bremen/Bremerhaven 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 Überzahlungen).
- (3) Die AOK Bremen/Bremerhaven hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzterverband benannte Konto der Dienstleistungsgesellschaft („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzterverband spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der AOK Bremen/Bremerhaven schriftlich mitteilen.
- (4) Die AOK Bremen/Bremerhaven kann gegenüber der Dienstleistungsgesellschaft binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 5 Praxisgebühr

- (1) Der HAUSARZT ist gemäß § 13 des Vertrages verpflichtet, die gesetzliche Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) von HzV-Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä in ihrer jeweils geltenden Fassung für die AOK Bremen/Bremerhaven einzuziehen. Der HAUSARZT ist danach insbesondere nicht berechtigt, auf die Praxisgebühr zu verzichten, oder einen anderen Betrag als die gesetzliche Praxisgebühr zu erheben. Die weitere Abwicklung vollzieht sich wie folgt:
 - a) Falls der HAUSARZT im Einzelfall für HzV-Versicherte neben HzV-Leistungen auch Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnet, wird hierdurch keine zusätzliche Praxisgebühr für diese HzV-Versicherten ausgelöst. Entsprechend ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in der Abrechnung eine Befreiung zu dokumentieren.
 - b) Der HAUSARZT übermittelt mit seiner Abrechnung an die Dienstleistungsgesellschaft die Dokumentation über die erfolgreiche Einziehung oder einen etwaigen Befreiungsgrund gemäß § 18 BMV-Ä.
 - c) Eine Praxisgebühr, die ein HZV-Versicherter entrichtet hat, hat der HAUSARZT einzubehalten. Die AOK Bremen/Bremerhaven ist berechtigt nach lit. b) dokumentierte Zahlungsbeträge von dem Auszahlungsbetrag des HzV-Vergütungsanspruches des HAUSARZTES einzubehalten.
- (2) Soweit der HAUSARZT seine Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung und dem vorstehenden Absatz 1 dieses § 5 erfüllt hat und der HzV-Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb der vom HAUSARZT gesetzten Frist nicht gezahlt hat, dokumentiert er dies mit Hilfe der Vertragssoftware. In diesem Fall übernimmt die AOK Bremen/Bremerhaven den weiteren Zahlungseinzug. Die AOK Bremen/Bremerhaven führt hierzu ein Verwaltungsverfahren einschließlich Anhörung und Verwaltungsakt entsprechend § 18 Abs. 5 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung durch. Die AOK Bremen/Bremerhaven erhält zu diesem Zweck von dem HAUSARZT über die Dienstleistungsgesellschaft mit der Abrechnung eine Auflistung der HzV-Versicherten, bei denen die Praxisgebühr nicht eingezogen wurde unter Angabe der vom HAUSARZT gemäß dem vorstehenden Absatz 1 lit. a) oder b) übermittelten Gründe.

- (3) Die Dokumentation nach dem vorstehenden Absatz 1 b) erfolgt durch Angabe folgender Ziffern:

Ziffer	Beschreibung
80030	Bei Abrechnung ist Abzug der Praxisgebühr erfolgt.
80031	Befreit, da Überweisungsschein vorliegt.
80032	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da die Befreiung von allen Zuzahlungen nachgewiesen worden ist (Bescheinigung nach § 62 Abs. 1 SGB V oder vollständige Befreiung von allen Zuzahlungen nach § 65a Abs. 2 SGB V).
80033	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr aufgrund einer Erstinanspruchnahme eines Psychotherapeuten, Erstinanspruchnahme eines Krankenhauses oder Inanspruchnahme eines Vertreters vorgelegt und entwertet wurde.
80033N	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr aufgrund einer Erstinanspruchnahme eines Leistungserbringers im Notfall oder im organisierten Notfalldienst vorgelegt und entwertet wurde.
80034	Keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung.
80040	Praxisgebühr befreit, da Kassenwechsel oder DMP-Einschreibung.
80044	Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet, gesetzte Frist ist abgelaufen.
80045	Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet, gesetzte Frist ist nicht abgelaufen.
80091	Praxisgebühr nicht gezahlt. HzV-Versicherter unter 18 Jahre.
80092	Praxisgebühr nicht gezahlt. Vorsorgeuntersuchung / Schutzimpfung.

§ 6

Abrechnung der HzV-Vergütung durch die Dienstleistungsgesellschaft

- (1) Die Dienstleistungsgesellschaft ist gegenüber dem Landesverband zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des Hausarztes nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** einschließlich der Übermittlung der Abrechnung über die vom HAUSARZT eingezogene Praxisgebühr nach vorstehendem § 5 verpflichtet. Das von der Dienstleistungsgesellschaft hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG
Von der Wettern-Str. 27
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 57561110

Das Rechenzentrum betreffende Änderungen teilt die Dienstleistungsgesellschaft dem Hausarzt und der AOK Bremen/Bremerhaven spätestens 1 Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (2) Die Dienstleistungsgesellschaft versendet an den Hausarzt jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HzV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten gelten mit

Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HzV-Versicherte.

- (3) Der Hausarzt übermittelt der Dienstleistungsgesellschaft seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**H_zV-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) („**H_zV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist die Dienstleistungsgesellschaft berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Die Dienstleistungsgesellschaft ist gegenüber dem Landesverband verpflichtet, die HzV-Abrechnung des Hausarztes auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den Hausarzt zu prüfen.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HzV-Abrechnung des Hausarztes erstellt die Dienstleistungsgesellschaft die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der AOK Bremen/Bremerhaven überprüft die Dienstleistungsgesellschaft die Abrechnungsdatei erneut. Sie ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Die Dienstleistungsgesellschaft prüft den Betrag der von der AOK Bremen/Bremerhaven erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 4 dieser **Anlage 3** und übersendet dem Hausarzt nach Erhalt der Zahlung von der AOK Bremen/Bremerhaven 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 § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der Dienstleistungsgesellschaft unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der Dienstleistungsgesellschaft etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Die Dienstleistungsgesellschaft ist verpflichtet, Zahlungen der AOK Bremen/Bremerhaven 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.
- (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der AOK Bremen/Bremerhaven hinausgehender Ansprüche des Hausarztes wird sich die Dienstleistungsgesellschaft im Benehmen mit dem Hausarzt um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven bemühen. Die Dienstleistungsgesellschaft ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des Hausarztes verpflichtet, sofern sie dem Hausarzt nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

- (10) Sofern eine gerichtliche Geltendmachung erforderlich ist, ist die Dienstleistungsgesellschaft bei grundsätzlichen, also eine Vielzahl von Hausärzten betreffenden, Differenzen mit der AOK Bremen/Bremerhaven 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 AOK Bremen/Bremerhaven in gewillkürter Prozessstandschaft für den Hausarzt geltend zu machen; die Dienstleistungsgesellschaft 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 HzV-Vergütung zum Zwecke der Führung eines Musterverfahrens vorzunehmen, sofern diese Abtretung unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen des Hausarztes, zur Durchsetzung dessen Anspruchs das Musterverfahren geführt wird, zumutbar ist. Die Erträge dieses Verfahrens stehen nach Abzug der notwendigen Kosten der Rechtsverfolgung dem Hausarzt zu.

§ 7 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Dienstleistungsgesellschaft für den Landesverband und die AOK Bremen/Bremerhaven bzw. eine von ihr benannte Stelle prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die 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 von Hausärzten 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 von der Dienstleistungsgesellschaft an die AOK Bremen/Bremerhaven 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 (§ 11 des HzV-Vertrages) das Prüfweisen nach **Anlage 9** einschlägig sein.

- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8 Anhänge

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM- Ziffernkranz,
Anhang 2 zu Anlage 3: Impf- Quote
Anhang 3 zu Anlage 3: VERAH-Zuschlag
Anhang 4 zu Anlage 3: Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag
Anhang 5 zu Anlage 3: Katalog amb. OP