

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.
- Sofern in den nachfolgenden Vergütungspositionen nichts anderes bestimmt ist, ist jede einzelne Leistung 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			
P1 Kontakt-unabhängige Grundpauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen gemäß §§ 3, 4 Abs. 3 des HzV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P1 wird dem Betreuarzt einmalig pro eingeschriebenem HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr vergütet. Ein Versichertenteilnahmejahr („Versichertenteilnahmejahr“) ist das Jahr ab Beginn der Teilnahme des HZV-Versicherten an der HZV; Beginn der Teilnahme ist der erste Tag des Quartals, in dem der HZV-Versicherte als solcher gilt ▪ 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 ▪ Werden in einem Quartal weitere Hausärzte durch den HVZ-Versicherten aufgesucht, so werden alle Hausärzte – mit Ausnahme des gewählten HAUSARZTES – als Vertreter betrachtet (s. Vertreterpauschale). Der oder die weiteren Hausärzte haben keinen Anspruch auf die Auszahlung von P1. Gewählter HAUSARZT ist der 	66,00 EUR

		<p>HAUSARZT, der auf der letzten gültigen Teilnahmeerklärung des HzV-Versicherten als solcher angegeben ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versicherten- teilnahmejahres 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, ein Betrag von 6,50 EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahmejahr, in dem der Arztwechsel/ Ausscheiden des HAUSARZTES oder des HzV- Versicherten aus der HzV stattge- funden hat, auch mindestens 1 per- sönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Hat in einem sol- chen Fall kein Arzt-Patienten- Kontakt stattgefunden, wird dem HAUSARZT für jedes Quartal, in dem er nicht mehr Betreuarzt war, ein Betrag von 16,50 EUR von der P1 abgezogen ▪ Bei einem Wechsel des HAUSARZTES (auch innerhalb ei- ner BAG/ eines MVZ) beginnt für den neuen HAUSARZT vergütungs- technisch ein neues Versicherten- teilnahmejahr. 	
<p>P2 Kontakt- abhängige Pau- schale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Ver- sorgung des Patien- ten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichti- gung der im Ab- schnitt „Einzelleis- tungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rah- men der organisier- ten Notfallversorgung ▪ Information der Ver- sicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen haus- ärztlichen Versor- gung gemäß § 3 des HzV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P2 wird einmal pro Abrechnungs- quartal je HzV-Versicherten dem Betreuarzt vergütet, sofern im ent- sprechenden Quartal mindestens ein persönlicher HAUSARZT- Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Das erste Abrechnungsquartal in- nerhalb eines Versichertenteilnah- mejahres, in dem ein oder mehrere persönliche HAUSARZT-Patienten- Kontakte stattfinden, führt nicht zur Auszahlung von P2, da die Vergü- tung für diese Behandlung bereits durch die Grundpauschale P1 ab- gedeckt ist.</p> <p>Alle weiteren, in diesem Abrech- nungsquartal aufgesuchten Hausärzte gelten als Vertreter (s. Vertreterregel- lung).</p>	<p>40,00 EUR</p>

<p>P3 Zuschlag für chronisch kran- ke Patienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von chronisch kranken Patienten ▪ Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der mindestens eines der in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 aufgeführten Krankheitsbilder aufweist <u>und</u> für den mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 gemäß Anhang 2 zu dieser Anlage 3 übermittelt wurde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P3 wird dem Betreuarzt einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich um einen chronisch kranken Patienten gemäß Anhang 2 zu dieser Anlage 3 handelt und im jeweiligen Quartal mindestens ein persönlicher HAUSARZT-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. ▪ Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden. 	<p>20,00 EUR</p>
<p>Vertreterpau- schale</p>	<p>Vollständige hausärztliche Versorgung eines Patienten gem. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen im Vertretungsfall (Behandlung von HZV-Versicherten, die einen anderen HZV-HAUSARZT gewählt haben)</p>	<p>Die Vertreterpauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechendem Quartal mindestens ein persönlicher HAUSARZT-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Auf die Vertreterpauschale entfallen keine Zuschläge.</p> <p>Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ ausgelöst. In diesem Fall werden die durch den Vertreterarzt innerhalb der BAG/MVZ erbrachten HZV-Leistungen (P1 bis P3, Zuschläge, Einzelleistungen) bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Vertreterarzt innerhalb der BAG/des MVZ an der HZV teilnimmt.</p>	<p>12,50 EUR</p>
<p>Zielauftrags- pauschale</p>	<p>Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Zielauftrag ist maximal 1 mal pro Tag abrechenbar, sofern die im Zielauftrag definierte Leistung erbracht wird ▪ Auf die Zielauftragspauschale entfallen keine Zuschläge. ▪ Ein Zielauftrag, der innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ erteilt wird, kann nicht abgerechnet werden. 	<p>12,50 EUR</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar. Ein Betreuarzt kann einen Zielauftrag nur ausstellen, wenn mindestens ein persönlicher Arzt-/ Patientenkontakt stattfand und ▪ nur sofern diese Leistung i. d. Praxis des den Zielauftrag erteilenden HAUSARZTES aufgrund fehlender Qualifikation/Ausstattung nicht erbracht werden kann (z. B. Sonographie, Belastungs-EKG) und ▪ er medizinisch erforderlich ist. 	
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"> ▪ Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P 1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt, und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versicherten-teilnahmejahres 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 dieser Zuschlag anteilig abgezogen. ▪ Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Quartal und wird fortan in den Quartalen vergütet, in denen der HAUSARZT über diese Qualifikation verfügt. 	8,00 EUR
Z2 Psychosomatik- Zuschlag auf P1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. Erfolgt vor Ablauf des Versicherten-teilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 5 des HzV-Vertrages) oder des HzV- 	6,00 EUR

		<p>Versicherten aus der HzV, wird dem HAUSARZT für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Quartal und wird fortan in den Quartalen vergütet, in denen der HAUSARZT über diese Qualifikation verfügt. 	
Z 3 Qualitätsbonus für erhöhten Präventionsaufwand auf P2		<ul style="list-style-type: none"> Der Zuschlag wird automatisch dem Betreuarzt einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten mit erhöhtem Präventionsaufwand vergütet, sofern die in Anhang 3 dieser Anlage 3 definierten Zielwerte erreicht werden. 	10,00 EUR max.
Z 4 Qualitätsbonus chronisch Kranke auf P3		<ul style="list-style-type: none"> Der Zuschlag auf P3 wird automatisch dem Betreuarzt einmal pro Abrechnungsquartal je chronisch kranken HZV-Versicherten vergütet, sofern die in Anhang 3 dieser Anlage 3 definierten Zielwerte erreicht werden. 	20,00 EUR max.
Z 5 Zuschlag für einsatzfähiges Recall-System auf P1 (einmaliger Zuschlag)		<ul style="list-style-type: none"> Der Zuschlag wird automatisch im ersten Versichertenteilnahmejahr vergütet wenn der HAUSARZT per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er über ein Recall-System verfügt 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 dieser Zuschlag anteilig abgezogen. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Quartal und wird fortan in den Quartalen vergütet, in denen der HAUSARZT über diese Qualifikation verfügt 	2,00 EUR
Z 6 VERAH Zuschlag auf P3	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf jede vergütete P3 Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 5 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine MFA/Arzthelferin 	5,00 EUR

		<p>des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Quartal 	
Einzelleistungen			
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3):</p> <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 (z. B. zur Vermeidung von stationären Einweisungen) 	25,00 EUR
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 ▪ 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 (z. B. zur Vermeidung von stationären Einweisungen) 	40,00 EUR
01730, 01731, 01745 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. 		20,00 EUR

	<p>der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</p> <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 • Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung 	<p>Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.</p> <p>Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht.</p> <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.</p> <p>Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht.</p>	
<p>02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich 1 mal pro Tag abrechenbar, sofern diese Leistung erbracht wurde. ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden* 	<p>8,00 EUR</p>
<p>02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich 1 mal pro Tag abrechenbar, sofern diese Leistung erbracht wurde. ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden* 	<p>16,00 EUR</p>
<p>02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich 1 mal pro Tag abrechenbar, sofern diese Leistung erbracht wurde. ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden* 	<p>30,00 EUR</p>

Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention	<ul style="list-style-type: none">▪ Betreuung und erfolgreiche Motivation der Versicherten zur vollständigen Durchführung der Schulungseinheiten zum Selbstmanagement mit anschl. Test (vgl. Anhang 4 zu dieser Anlage 3)▪ Besprechung der Testergebnisse	<ul style="list-style-type: none">▪ Max 1 x Kalenderjahr▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht.	24,00 EUR (12,00 EUR bei Verordnung, 12,00 EUR nach durchgeführtem Test)
--	--	---	--

* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301, 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.

Anhänge zu dieser Anlage:

1. EBM-Ziffernkranz
2. Krankheitsbilder und Diagnosen zur Abrechnung des Zuschlags für chronisch Kranke
3. Qualitätsbonus für erhöhten Präventionsaufwand auf P2 und für chronisch Kranke auf P3
4. Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention
5. VERAH-Zuschlag

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 Betreuertes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuertes 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 classic 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 Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).</p>

§ 2 Laufzeit

Diese **Anlage 3** tritt am 1. Oktober 2010, vorbehaltlich der Aufnahme des Echtbetriebs zum genannten Zeitpunkt, in Kraft. Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31. Dezember 2013 (§ 16 Abs. 2 des HzV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages.

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

- (1) 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 classic und der Hausärzteverband Nordrhein e.V. („Hausärzteverband“) keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein („Kassenärztliche Vereinigung“) abgerechnet. Aufgrund von § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. notwendig werdende Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.
- (2) Leistungen, die gemäß dieser Anlage 3 vergütet werden, darf der HAUSARZT nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen („Doppelabrechnung“). Eine Doppelabrechnung kann zu einem Schaden der IKK classic führen. Der HAUSARZT hat einen solchen Schaden nach Maßgabe der §§ 249ff. BGB zu ersetzen.

II. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 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, 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 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 § 11a Abs. 1 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 Betreuer 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 classic 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.

VII. Qualitätsbonus

Die zur Prüfung des Qualitätsbonus für erhöhten Präventionsaufwand und chronisch Kranke gemäß **Anhang 3** zu **Anlage 3** erforderlichen Daten werden als Teil der Abrechnung mit den anderen Abrechnungsdaten übermittelt (z.B. EBM-Ziffer 01732 zur Ermittlung der Check-up Quote). Anhand der Abrechnungsdaten, welche der HAUSARZT an die HÄVG übermittelt, wird der Qualitätsbonus berechnet.

§ 4 Praxisgebühr

- (1) Sofern die IKK classic HzV-Versicherte nicht aufgrund ihrer gültigen und geltenden Satzung von der Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V („Praxisgebühr“) befreit, ist der HAUSARZT verpflichtet, von HzV-Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä in ihrer jeweils geltenden Fassung die Praxisgebühr für die IKK classic einzuziehen.
- (2) Der HAUSARZT ist 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 den Hausärzteverband 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 einzu-

behalten. Die Krankenkasse ist berechtigt nach lit. b) dokumentierte Zuzahlungsbeträge von dem Auszahlungsbetrag des HzV-Vergütungsanspruches des HAUSARZTES einzubehalten.

- (3) 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 Krankenkasse den weiteren Zahlungseinzug. Die Krankenkasse erhält zu diesem Zweck 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.
- (4) Die Dokumentation nach dem vorstehenden Absatz 1 b) erfolgt durch Angabe folgender Ziffern:

Ziffer	Bezeichnung der Vergütungsposition
80030	Praxisgebühr gezahlt
80030V	Praxisgebühr befreit; Patient hat Praxisgebühr für die Regelversorgung entrichtet, da die Überweisung im Vorquartal ausgestellt wurde
80032	Praxisgebühr befreit, da laut Bescheinigung der Krankenkasse Patient befreit ist
80033	Praxisgebühr befreit, da Quittung vorliegt
80034	Praxisgebühr befreit, da Arztpraxisübergreifende Behandlung
80035	Praxisgebühr befreit, da Praxisgebühr im Quartal bereits entrichtet und Patient entweder im Quartal die Krankenkasse gewechselt hat oder innerhalb des Quartals ein Praxiskonstellationswechsel stattgefunden hat.
80040	Praxisgebühr befreit, da nur Leistungen der Mutterschaftshilfe erbracht wurden
80036	Patient hat für das aktuelle Quartal im betreffenden Behandlungskreis die fällige Praxisgebühr nach Ablauf der Mahnfrist bis zum Quartalsende nicht entrichtet wurde
80036V	Sachverhalt wie bei 80036 aber Mahnfrist für Praxisgebühr des Vorquartals ist erst im aktuellen Quartal abgelaufen
80038	Portokosten für die Mahnung in Höhe von z. Zt. 0,55 Euro (Standardbrief)

§ 5

Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von dem Hausärzteverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG
Edmund-Rumpler-Straße. 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 57561110

Das Rechenzentrum betreffende Änderungen teilt der Hausärzteverband dem HAUSARZT und der IKK classic spätestens 1 Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (2) Der Hausärzteverband versendet an den HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis im Sinne

des HzV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HzV-Versicherte.

- (3) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband 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 classic erst im Folgequartal vorzunehmen. Rückwirkende Abrechnungen können nur vier Quartale nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistung erbracht wurde, akzeptiert werden.
- (4) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HzV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HzV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der IKK classic überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Der Hausärzteverband übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der IKK classic 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 des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Da die HÄVG zur Begleichung der entsprechenden Forderung des HAUSARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die IKK classic in entsprechender Höhe gemäß § 12 des HzV-Vertrags angewiesen ist, wird der HzV-Vergütungsanspruch gegenüber der HÄVG erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der IKK classic bei der HÄVG fällig und ist dann innerhalb von 10 Arbeitstagen an den HAUSARZT zu zahlen, spätestens jedoch zum Ablauf des ersten Monats, der auf das Quartal folgt, in dem die HzV-Abrechnung übermittelt wurde. Abschlagszahlungen sind spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats an den HAUSARZT auszuführen.
- (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der IKK classic 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 classic 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 § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 6

Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der IKK classic

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der IKK classic eine vorläufige Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“). Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295 a Abs.2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HzV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 2 des HzV-Vertrages aus.
- (2) Die IKK classic hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen nach Eingang („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die IKK classic der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Hausärzteverband schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“).
 - a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, so erhält die IKK classic einen Rechnungsbrief und ist innerhalb einer Zahlungsfrist von 10 Arbeitstagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
 - b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die IKK classic hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 11a des HzV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen). Die beanstandeten Abrechnungspositionen werden zwischen der IKK classic und dem Hausärzteverband unverzüglich ausgetauscht und die Abrechnungsdatei erforderlichenfalls korrigiert.
- (3) Die IKK classic 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 classic schriftlich mitteilen.
- (4) Die IKK classic hat eine Prüffrist von 3 Jahren („**endgültige Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei insbesondere gemäß den in § 7 dieser **Anlage 3** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen und gegebenenfalls rügen kann. Ist die IKK classic der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HzV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HzV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzteverband innerhalb der endgültigen Prüffrist schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**nachgelagerte Abrechnungsrüge**“). Sollte die Begründung der Abrechnungsrüge fehlen oder unvollständig sein, so fordert der Hausärzteverband die IKK classic zu einer Begründung bzw. Vervollständigung der Abrechnungsrüge innerhalb der endgültigen Prüffrist auf. Nach Ablauf der endgültigen Prüffrist sind Abrechnungsrügen mit der Folge einer möglichen Verrechnung nach Maßgabe von § 12 Abs. 3 des HzV-Vertrages und dieser **Anlage 3** ausgeschlossen; die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen erfolgt nach Ablauf der endgültigen Prüffrist gemäß den gesetzlichen Regelungen.

§ 7

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die IKK classic prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 13 des HzV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HzV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.
 - e) Dokumentation mindestens eines Arzt-Patienten-Kontakts bei Abrechnung einer Pauschale P2, P3, Vertreterpauschale sowie Zielauftragspauschale.
- (3) Der Umfang der vom Hausärzteverband an die IKK classic zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 iVm. 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 11a des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 9** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8

Auszahlung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der IKK classic 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 classic erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**.
- (2) Die IKK classic 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 § 11a des HzV-Vertrages.

§ 9 Anhänge

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** EBM- Ziffernkranz
- Anhang 2 zu Anlage 3:** Krankheitsbilder und Diagnosen zur Abrechnung des Zuschlags für chronisch Kranke
- Anhang 3 zu Anlage 3:** Qualitätsbonus für erhöhten Präventionsaufwand auf P2 und für chronisch Kranke auf P3
- Anhang 4 zu Anlage 3:** Maßnahmen zur Sekundär und Tertiärprävention
- Anhang 5 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag