

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1 HzV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (EBM-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende HzV-Vergütung:

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, das Folgende:

- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Hausarzt und pro HzV-Versicherten abrechenbar.
- Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro Hausarzt und pro HzV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

Leistung / Bezeichnung	Abr.-Pos. AIS	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen				
P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen gemäß §§ 5, 6 des HzV-Vertrages ▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versicherungsteilnahmejahres ist von der P1 umfasst 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versicherungsteilnahmejahr ▪ P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versicherungsteilnahmequartals 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 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, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HzV-Versicherten war, 6,25 EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versicherungsteilnahmejahr, 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 <p>Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet</p>	65,00 EUR

<p>P2 Kontaktabhän- gige Pau- schale</p>	<p>0000</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 § 6 Abs. 2 und 3 des HzV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ 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 <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 Versichertenteilnahmejahres ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>40,00 EUR</p>
<p>P3 Zuschlag für chronisch kranke Patienten</p>	<p>BBP</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 eine der Erkrankungen hat, die zu den in Anhang 2 zu Anlage 3 definierten Krankheitsbildern gehört und für den zu diesem Krankheitsbild mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose im Abrechnungsquartal übermittelt wurde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Nicht abrechenbar neben Z5 <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur für chronisch kranke Patienten gemäß dieser Anlage 3 mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>30,00 EUR</p>
<p>Vertreterpau- schale</p>	<p>VP</p>	<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 	<p>20,00 EUR</p>
<p>Zielauftrags- pauschale</p>	<p>ZP</p>	<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>20,00 EUR</p>

			Voraussetzung: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	
Pflegeheim- pauschale	0008	Förderung des Besuchs in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ ist je HzV-Versicherten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durch den HAUSARZT abrechenbar, sofern ein HAUSARZT-Patient-Kontakt in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen vorliegt. ▪ Die Anschrift der jeweiligen Einrichtung ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren. 	40,00 EUR
Zuschläge				
Z1 Präventions- Zuschlag		<p>Durchführung einer der folgenden Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D.II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ▪ Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ▪ Krebsfrüherkennung Frau (GOP 01730 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ▪ Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. An- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Frau: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 20. Lebensjahr 	04,00 EUR

		hang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien		
Z2 Zuschlag VERAH auf P3 oder Z5		<ul style="list-style-type: none"> Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) 	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf jede vergütete P3 oder Z5 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr). Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden im Anhang 2 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. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Quartal. 	5,00 EUR
Z3 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2		Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr), sofern die in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt ist und die dort genannten Quoten erfüllt sind. Wird nur dem Betreuer vergütet Zuschlag wird automatisch vom Rechenzentrum hinzugefügt 	04,00 EUR
Z4 Impfzuschlag		Der HAUSARZT führt mindestens eine gemäß EBM (vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) abrechenbare Impfleistung durch und dokumentiert diese gemäß den STIKO-Impfrichtlinien.	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1 x pro Quartal und Versicherter <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Betreuer oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der im Bereich Leistungsinhalt aufgeführten Impfleistungen erbracht und ordnungsgemäß dokumentiert. 	04,00 EUR
Z5 Zuschlag zur P2 für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	0001Z	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO:</p> <p>Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der gemäß Definition der</p>	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Nicht abrechenbar neben P3 Nicht für HzV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuer bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält 	75,00 EUR

		WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patienten mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium.	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Nur abrechenbar wenn die Diagnose Z51.5 vorliegt und dokumentiert wurde ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Z6 Geriatriezuschlag in Fällen der Patientenbegleitung	2008Z	<p>In Fällen der Patientenbegleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ab dem vollendeten 70. Lebensjahr oder ▪ Bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen, wenn diese als gesichert kodiert wurde: F00-F02 (dementielle Erkrankung) G30 (Alzheimer-Erkrankung) G20.1 + G20.2 (Primäres Parkinsonsyndrom) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf die Leistung PBG (Patientenbegleitung) ▪ Max. 1-mal im Quartal abrechenbar ▪ Nur abrechenbar neben PBG-Einzelleistung 	10,00 EUR
Einzelleistungen				
Einschaltung der Patientenbegleitung (PBG)	2008	<p>Koordination der Zusammenarbeit der Praxis mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK in Fällen, die sich für die Patientenbegleitung eignen. Intensivierte Betreuung der Patienten.</p> <p>(siehe Anhang 6 zur Anlage 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	25,00 EUR

<p>01100 Inanspruchnahme zur Unzeit I</p>	<p>01100</p>	<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 	<p>25,00 EUR</p>
<p>01101 Inanspruchnahme zur Unzeit II</p>	<p>01101</p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	<p>40,00 EUR</p>
<p>01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation</p>	<p>01611</p>	<p>Gemäß Leistungslgende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01611)</p>		<p>38,00 EUR</p>
<p>02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<p>02300</p>	<p>Gemäß Leistungslgende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	<p>08,00 EUR</p>

02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	02301	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser An- lage 3 (GOP 02301)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am sel- ben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	16,00 EUR
02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	02302	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser An- lage 3 (GOP 02302)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am sel- ben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	30,00 EUR
03240 Hausärztlich- geriatrisches Basis-assess- ment	03240	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM bis 30.09.2013, vgl. An- hang 1 zu dieser An- lage 3 (GOP 03240)	Max. 2 x pro Versichertenteilnahme- jahr	17,00 EUR
03321 Belastungs- Elektrokardio- graphie (Belas- tungs-EKG)	03321	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser An- lage 3 (GOP 03321)		26,00 EUR
33012 Schilddrüsen- Sonographie	33012	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser An- lage 3 (GOP 33012)		11,00 EUR
33042 Abdominelle Sonographie	33042	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser An- lage 3 (GOP 33042)	Max. 2 x pro Quartal	21,00 EUR
35100 Differentialdi- agnostische Klärung psy- chosomati- scher Krank- heitszustände	35100	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser An- lage 3 (GOP 35100)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110 ▪ Anzahl abgerechneter GOP 35100 und 35110 einer BSNR im Quartal maximal in Höhe von 50 % bezogen auf die Anzahl der HzV- Patienten mit mindestens einem dokumentierten Arzt-Patienten- Kontakt in der BSNR. Diese Rege- lung greift nur für Praxen ab 20 eingeschriebenen Bosch BKK HzV-Patienten je BSNR im betref- fenden Abrechnungsquartal. 	25,00 EUR

<p>35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen</p>	<p>35110</p>	<p>Gemäß Leistungsle-gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser An-lage 3 (GOP 35110)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ Max. 3 x am Tag ▪ Anzahl abgerechneter GOP 35100 und 35110 einer BSNR im Quartal maximal in Höhe von 50 % bezogen auf die Anzahl der HzV-Patienten mit mindestens einem dokumentierten Arzt-Patienten-Kontakt in der BSNR. Diese Regelung greift nur für Praxen ab 20 eingeschriebenen Bosch BKK HzV-Patienten je BSNR im betref-fenden Abrechnungsquartal. 	<p>25,00 EUR</p>
<p>Überprüfung Impfstatus</p>	<p>8989</p>	<p>Überprüfung Impfstatus (inkl. „Abstempeln“ Bonusheft)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x innerhalb von 2 Kalen-derjahren <p>Voraussetzung: Wird nur dem Be-treuarzt vergütet</p>	<p>10,00 EUR</p>

* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävus-zellnävuussyndrom (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 - abrechen-bar.

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 inner-halb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistun-gen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, un-abhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV.).
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quar-tale beginnend mit dem Tag, an dem der Versicherte als HzV-Ver-sicherter im Sinne des HzV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HzV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an den BHÄV). Bei ei-nem durch die Krankenkasse stattgegebenen Wechsel des Haus-arztes (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 verbindli-che Zusammenschlüsse von <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizini-schen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander

	zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).
--	--

§ 2 Laufzeit

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 3** nebst Anhängen gilt ab dem 01.01.2019

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die Krankenkasse und der BHÄV keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern 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 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 § 6 Abs. 3 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 Bayerns. 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 Bayerns abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 11a 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 Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 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 Praxisgebühr (entfällt)

§ 5 Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der BHÄV ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des Hausarztes nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das vom BHÄV hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:

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

- (2) Der BHÄV versendet an den Hausarzt jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis im Sinne des § 9 Abs. 2 des HzV-

- Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HzV-Versicherte.
- (3) Der Hausarzt übermittelt dem BHÄV seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**HzV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 10. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. Oktober) („**HzV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der BHÄV berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 5 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
 - (4) Der BHÄV 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 BHÄV die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der von der Krankenkasse gemäß § 2 Abs. 7 HzV-Vertrag benannten Stelle innerhalb der Prüffrist und bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der BHÄV die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet den Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, der von einer Beanstandung der von der Krankenkasse gemäß § 2 Abs. 7 HzV-Vertrag benannten Stelle im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie der Abrechnungsrüge betroffen ist, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
 - (6) Der BHÄV prüft den Betrag aller von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**. Nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse übersendet der BHÄV dem Hausarzt einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungskostenpauschale, die einbehaltene Praxisgebühr 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 BHÄV unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem BHÄV etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
 - (8) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des Hausarztes wird sich der BHÄV im Benehmen mit dem Hausarzt um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der BHÄV 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 Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der BHÄV der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der BHÄV bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 4 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 für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HzV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages aus. Der BHÄV zeigt der Krankenkasse mit einer „**Verhinderungs- bzw. Verzögerungsanzeige**“ an, wenn das Übersenden der Abrechnungsdatei später als üblich erfolgt.

- (2) Die von der Krankenkasse gem. § 2 Abs. 7 des HzV-Vertrages benannte Dienstleistungsgesellschaft hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die von der Krankenkasse gemäß § 2 Abs. 7 des HzV-Vertrages benannte Dienstleistungsgesellschaft der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem BHÄV 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 Betriebskrankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von fünf Arbeitstagen („Montag bis Freitag“) („**Zahlungsfrist**“) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird.
 - b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 11a des HzV-Vertrages

bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom BHÄV benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der BHÄV spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (4) Die Krankenkasse leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 11,50 EUR pro bei dem Hausarzt in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HzV-Versicherten. 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.).
- (5) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 7 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der BHÄV, die von der Krankenkasse benannte Stelle gemäß § 2 Abs. 7 HzV-Vertrag und die Krankenkasse 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 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 demr BHÄV an die Krankenkasse 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 (§ 12 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 BHÄV**

- (1) Der BHÄV ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Krankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Zahlstelle. Der BHÄV prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**.
- (2) Die BHÄV ist berechtigt und verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 12 des HzV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 14 des HzV-Vertrages bleibt unberührt. Der BHÄV ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.
- (3) Die Krankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an den BHÄV, der sich dafür der HÄVG als Zahlstelle bedient. 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, 12 des HzV-Vertrages.

§ 9 **Dienstleistungsgesellschaft der Betriebskrankenkasse**

Die Krankenkasse soll sich nach § 2 Abs. 7 des HzV-Vertrages zur Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen einer der folgenden Dienstleistungsgesellschaften bedienen:

1. Bitmarck
2. spectrum K
3. GWQ

Abweichungen sind mit der Dienstleistungsgesellschaft und dem BHÄV einvernehmlich zu regeln.

§ 10 **Anhänge**

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

- | | |
|------------------------------|---|
| Anhang 1 zu Anlage 3: | Leistungsbeschreibung gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 |
| Anhang 2 zu Anlage 3: | Diagnosen zur Abrechnung des Zuschlags für chronisch Kranke (P3) |
| Anhang 3 zu Anlage 3: | Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag |
| Anhang 4 zu Anlage 3: | VERAH-Zuschlag |
| Anhang 5 zu Anlage 3: | Berechnung der Obergrenze gemäß § 10 Abs. 9 HzV-Vertrag (wird noch vereinbart) |
| Anhang 6 zu Anlage 3: | Versorgungsmanagement - Patientenbegleitung der Bosch BKK |