

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.

Die Vergütung zum telemedizinischen Versorgungsmodul können der separaten Anlage 12 Anhang 3 dieses Vertrags entnommen werden.

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 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 der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahmejahr, 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- 	65,00 EUR

			<p>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> <p>Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt („<u>Betreuarzt</u>“) vergütet</p>	
<p>P2 Kontaktabhängige Pauschale</p>	0000	<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 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 Versicherterteilnahmejahr ▪ Im ersten Versicherterteilnahmequartal eines Versicherterteilnahmejahres, 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 Versicherterteilnahmejahres ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	40,00 EUR
<p>P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</p>	BBP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand ▪ Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP ▪ Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherterteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	23,00 EUR

		<p>Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln sowie Aushändigung des Medikationsplans in einer zum Zeitpunkt gültigen Form an den Patienten oder dessen Bezugsperson sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlucken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmehintergründe etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. ▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention 		
Vertreterpauschale	VP	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	20,00 EUR
Zielauftragspauschale	ZP	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<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>	20,00 EUR
Modul „Shared-Decision-Making“				
Einsatz von arriba	3101	Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 2 zur Anlage 3 aufgeführten arriba-Module	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 2 x im Kalenderjahr ▪ 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p>	15,00 EUR

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 2 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen arriba-Module per Selbstauskunft ▪ Absolvierung einer arriba-Schulung ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ nicht neben der 3101N abrechenbar 	
Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	3101N	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie ▪ Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue ▪ Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter Einsatz des arriba-Moduls Depression, soweit die Depression bisher noch nicht bekannt war. Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Depression nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat. ▪ Dokumentiert durch eine gesicherte spezifische Depressionsdiagnose F32.0-F32.3, F33.0-F33.4 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz von arriba ▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz von arriba abrechenbar (3101) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	30,00 EUR
Einzeilleistungen "Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen"				
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie				
LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)	3001	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ ▪ Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben ▪ Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3001N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR

		ohne bekannte Diagnosen ¹ E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*		
Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (LUTS)	3001N	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie ▪ Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue ▪ Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung Angabe einer gesicherten Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS (3001) ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (3001) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
pAVK	3003	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“ ▪ Eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI) ▪ Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose¹ (ICD I70.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3003N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (pAVK)	3003N	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7- ▪ bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung pAVK (3003) ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung pAVK abrechenbar (3003) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR

¹ Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Diagnose nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat.

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; ggf. Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion gemäß Teil B. III. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (01734) ▪ Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr - Hepatitis B/C Screening: max. 1x pro Versicherten, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr 	04,00 EUR
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 Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Quartal. 	5,00 EUR

<p>Z3 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2</p>		<p>Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr), sofern die in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt ist und die dort genannten Quoten erfüllt sind. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Zuschlag wird automatisch vom Rechenzentrum hinzugefügt 	<p>04,00 EUR</p>
<p>Z4 Impfzuschlag</p>		<p>Der HAUSARZT führt mindestens eine gemäß EBM (vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) abrechenbare Impfleistung durch und dokumentiert diese gemäß den STIKO-Impfrichtlinien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal und Versicherter <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der im Bereich Leistungsinhalt aufgeführten Impfleistungen erbracht und ordnungsgemäß dokumentiert. 	<p>04,00 EUR</p>
<p>Z5 Zuschlag zur P2 für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</p>	<p>0001Z</p>	<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 WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patient mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung ist. Dies betrifft die 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>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal für max. 8 Quartale pro HzV-Teilnehmer ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr ▪ Nicht abrechenbar neben P3 ▪ Nicht für HzV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält <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 	<p>75,00 EUR</p>
<p>Z6 Geriatriezuschlag in Fällen der Patientenbegleitung</p>	<p>2008Z</p>	<p>In Fällen der Patientenbegleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ab dem vollendeten 70. Lebensjahr <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen, wenn diese als gesichert kodiert wurde: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf die Leistung PBG (Patientenbegleitung) ▪ Max. 1 mal im Quartal abrechenbar ▪ Nur abrechenbar neben PBG-Einzelleistung 	<p>10,00 EUR</p>

		F00-F02 (dementielle Erkrankung) G30 (Alzheimer-Erkrankung) G20.1 + G20.2 (Primäres Parkinsonsyndrom)		
Einzelleistungen				
Kooperations- und Koordinationspauschale Pflegeheim	0008K	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Bewohnern in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal, wenn der Arzt einen Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V mit einer stationären Pflegeeinrichtung abgeschlossen hat ▪ Erstellung/Überprüfung eines geriatrischen Notfallplans unter Verwendung des Formulars „Notfallplan geriatrischer Patient“ zur Sicherstellung ausreichender Informationen für Vertretungsärzte oder Notfallbehandlungen ▪ Koordination notwendiger Facharztbehandlung und weiterer therapeutischer Maßnahmen inkl. entspr. Kommunikation unter Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses ▪ Kommunikation mit Angehörigen (ggf. Betreuern) ▪ Bei Bedarf patientenorientierte Fallbesprechung mit der Pflegeeinrichtung und dem pflegerischen Team unter Beteiligung weiterer notwendiger ärztlicher Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe und Therapeuten (Mindestteilnehmer: HAUSARZT, weiterer Facharzt, Pflegepersonal) <p>Bei Bedarf Leistungserbringung gemäß GOP 37400 unter Teilnahme z.B. an einem vom verantwortlichen Berater</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ Abrechenbar je HZV-Versichertem in einem beschützenden Wohnheim bzw. Einrichtung bzw. einem Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durch den HAUSARZT ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft unter Angabe des IKs des Pflegeheims über Vorliegen des Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V mit dem entsprechenden Alten-/Pflegeheim bzw. der entsprechenden Einrichtung, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt ▪ Dokumentation des IKs der jeweiligen Einrichtung in der Vertragssoftware ▪ Vergütung erstmalig ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von Heim-/ Mitbesuchen in mind. 2 Quartalen im Kalenderjahr ▪ Bei 2 oder weniger abgerechneten Kooperations- und Koordinationspauschalen im Kalenderjahr Durchführung mind. eines Heim-/ Mitbesuchs ▪ Sofern in Einzelfällen im Quartal kein Heim-/ Mitbesuch stattfinden kann, ist eine Abrechnung nur zulässig, sofern ein mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. 	55,00 EUR

		durchgeführten patientenorientierten Beratungsgespräch bzw. Fallbesprechung gemäß der Vereinbarung nach §132g Abs. 3 SGB V		
Sprechstunde Pflegeheim außerhalb der regulären Sprechzeiten vor Wochenenden / Feiertagen	0008S	Situative telefonische oder telemedizinische Fallbesprechung für den individuellen HZV-Versicherten außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten vor Wochenenden und Feiertagen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ Abrechenbar je HZV-Versichertem in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durch den HAUSARZT ▪ Nicht am selben Tag neben 01100/01101 abrechenbar ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft unter Angabe des IKs des Pflegeheims über Vorliegen des Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V mit dem entsprechenden Alten-/Pflegeheim bzw. der entsprechenden Einrichtung, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR
Rufbereitschaft am Lebensende	3730	<p>Intensive Betreuung sterbender Patienten in den letzten Tagen / wenigen Wochen vor dem Tod</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonische Erreichbarkeit an sieben Tagen pro Woche jeweils 24 Stunden ▪ Erstellung eines Behandlungsplans zur Symptomkontrolle und eines Notfallplans zum Verbleib beim Patienten ▪ Herstellen eines Behandlungsnetzwerks mit mindestens zusätzlicher Hospizbegleitung bzw. Palliative-Fachkraft ▪ Sicherstellung der Gabe von Bedarfsmedikation auch auf telefonische Angabe (durch Angehörige, Pflege, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Leben für max. 5 aufeinander folgende Wochen (<i>muss wöchentlich mittels Ziffer 3730, 3730B, 3730C, 3730D, 3730E dokumentiert werden</i>)) ▪ Nur abrechenbar für Palliativpatienten mit der Diagnose Z51.5 G ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Nur abrechenbar bei Vorliegen der KV-Genehmigung; Nachweis über Teilnahme „Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 Stunden)“ Nachreichfrist für den Nachweis bis 30.06.2020) 	75,00 EUR / Woche

<p>Einschaltung der Patientenbegleitung (PBG)</p>	<p>2008</p>	<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 Versichertenteilnahmejahr ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>25,00 EUR</p>
<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 Leistungslegende 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 Leistungslegende 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 Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	16,00 EUR
02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	02302	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	30,00 EUR
03240 Hausärztlich-geriatrisches Basis-assessment	03240	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM bis 30.09.2013, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03240)	Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr	17,00 EUR
03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	03321	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03321)		26,00 EUR
CRP-Schnelltest zur Prüfung einer Antibiotikaverordnung	32460	Durchführung eines quantitativen CRP-Schnelltests zur Bestimmung der Therapie: - eines oberen Atemwegsinfektes und/oder - eines unteren Atemwegsinfektes und/oder - einer Otitis media. Kurze Erörterung des Ergebnisses mit dem Patienten.		7,00 EUR
33012 Schilddrüsen-Sonographie	33012	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33012)		11,00 EUR
33042 Abdominelle Sonographie	33042	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33042)	Max. 2 x pro Quartal	21,00 EUR

<p>35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände</p>	<p>35100</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 35100)</p>	<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 Regelung greift nur für Praxen ab 20 eingeschriebenen Bosch BKK HzV-Patienten je BSNR im betreffenden Abrechnungsquartal. 	<p>25,00 EUR</p>
<p>35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen</p>	<p>35110</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 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 betreffenden 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 Kalenderjahren <p>Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet</p>	<p>10,00 EUR</p>

* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - abrechenbar.

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter Hausarzt.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des 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 BHÄV). Bei einem durch die Krankenkasse stattgegebenen Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen 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 01.04.2019 (§ 10 Abs. 6 des HzV-Vertrages).

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die 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 sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß 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 § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln. Bei nicht gesicherten Diagnosen ist die Verwendung von vierstelligen Schlüsselnummern ausreichend (vgl. Vertrag § 3 (5) lit. b i.V.m. der jeweiligen Bekanntmachungen des BMG gem. §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnoseschlüssels)

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

- (1) Der Hausarzt rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als 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.
- (4) Die Vergütung der BBP setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
 1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
 3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

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 dem BHÄV an die Krankenkasse 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 (§ 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 angemessen 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:** Shared-Decision-Making
- 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