

## Vergütung für HZV-Hausärzte

### § 1

#### Vergütungspositionen

Die BV-Partner vereinbaren für die in dieser Anlage 3 zu erbringenden Leistungen folgende Vergütung:

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

- Die nachfolgende Vergütung ist für den an der **BV** teilnehmenden Versicherten nur abrechnungsfähig, wenn mindestens eine gesicherte Diagnose nach Anhang 1 dieser Anlage 3 dokumentiert wird.

Alle Leistungen sind am selben Tag pro HZV-Hausarzt und pro an der **BV** teilnehmenden Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhang auch Einzelleistungen abrechenbar.

Leistungen des Anhang 5 zu dieser Anlage 3 („**BV-Ziffernkranz**“) - in der jeweils aktuellen Fassung - sind durch die Vergütungspositionen des BV-Vertrages abgedeckt und können nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

#### Vergütung für HZV-Hausärzte

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>Pauschale</b>			
<b>Telemedizin-pauschale</b>	Kontaktunabhängige Pauschale für das Vorhalten des Telemedizin-Rucksackes nach Anlage 1 mit folgender Ausstattung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-Kanal-EKG</li> <li>• Pulsoximeter</li> <li>• Blutzuckermessgerät</li> <li>• Spirometer</li> <li>• Blutdruckmessgerät</li> <li>• Waage</li> <li>• Rucksack</li> <li>• Tablet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einmal pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> </ul>	<b>15,00 EUR</b>

<b>Hausbesuchspauschale durch Tele-VERAH</b>	<p>Durchführung einer der folgenden Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausbesuch einer Tele-VERAH bei Bedarf bei einem Patienten für die hausärztliche telemedizinische Betreuung inklusive der Leistungen Wiegen, Blutdruckmessung; der Wegepauschalen und Übermittlung der Vitaldaten (je Hausbesuch taggenaue Dokumentation durch Pseudoziffer).</li> <li>• Telemedizinische Einbindung des HZV-Hausarztes während des Besuchs der Tele-VERAH bei Bedarf zur Überwachung der Behandlung und ggfls. Kommunikation mit dem Versicherten (je Einbindung zusätzliche taggenaue Dokumentation durch Pseudoziffer).</li> <li>• Zusätzlich sind hierin beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelmäßige Überprüfung der Vitaldaten der Versicherten und der Sturzrisikoanalyse durch den HZV-Hausarzt und ggfls. Ableitung weiterer Behandlungsschritte,</li> <li>- Auswertung der hausärztlichen Prävention inklusive Arzneimittelcheck durch den HZV-Hausarzt</li> </ul> </li> <li>• Die BV-Partner gehen von durchschnittlich 3 Hausbesuchen pro Quartal aus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einmal pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> </ul>	<b>96,00 EUR bzw. 76,00 EUR in der KV-Region Bayern</b>
<b>Zuschlag</b>			
<b>Zuschlag auf Hausbesuchspauschale durch Tele-VERAH</b>	Ab dem 6. Hausbesuch bei einem Versicherten durch die Tele-VERAH wird ein Zuschlag auf die Hausbesuchspauschale durch Tele-VERAH gezahlt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einmal pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>• Der Zuschlag wird vergütet ab dem und einschließlich des 6. Hausbesuches der Tele-VERAH in einem Abrechnungsquartal</li> </ul>	<b>20,00 EUR</b>
<b>Einzelleistung</b>			
<b>Hausärztliche Prävention im Rahmen des Hausbesuchs durch VERAH</b>	Durchführung mindestens einer der 3 nachfolgenden Präventionsleistungen im Rahmen des Hausbesuchs durch Tele-VERAH: Sturzrisikoanalyse nach Anhang 2 dieser Anlage 3, Gesundheitsbefragung nach Anhang 3 dieser Anlage 3 oder Arzneimittelerfassung nach Anhang 4 dieser Anlage 3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 2 x pro Versicherungsteilnahmejahr</li> </ul>	<b>13,00 EUR</b>

## § 2

### Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß § 1 dieser Anlage 3 treten am 01.07.2017 in Kraft und gelten zunächst bis zum 31.12.2018. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 12 Abs. 4 und § 18 des BV-Vertrages. Anhang 5 dieser Anlage 3 kann bei Änderungen des EBM von den BV-Partnern angepasst werden.

## § 3

### Allgemeine Vergütungsbestimmungen

#### (1) BV-Ziffernkranz (Anhang 5 zu dieser Anlage 3)

Leistungen, die im BV-Ziffernkranz aufgeführt sind und gemäß Anlage 3 vergütet werden, können nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Innerhalb der Laufzeit dieser Anlage 3 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu EBM-Änderungen als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach Anhang 5 zu dieser Anlage 3, soweit die GWQ und die TAG keine abweichende Vereinbarung treffen. Leistungen, die gemäß Anhang 5 zu dieser Anlage 3 vergütet werden, darf der HZV-Hausarzt nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen („**Doppelabrechnung**“). Eine Doppelabrechnung führt zu einem Schaden der Krankenkassen. Der HZV-Hausarzt hat den für die Krankenkassen einen aus Doppelabrechnungen resultierenden Schaden nach Maßgabe der §§ 249 ff. BGB zu ersetzen.

#### (2) Dokumentation

Der HZV-Hausarzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien sowohl im Rahmen der Abrechnung des BV-Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arztinformationssystemen anzuwenden. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

---

## § 4

### Abrechnung der Vergütung durch den HZV-Hausarzt gegenüber der TAG

- (1) Die TAG ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der Vergütung des HZV-Hausarztes nach den Vorgaben dieser Anlage 3 verpflichtet.
- (2) Das von der TAG hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:  
  
VSA GmbH  
Tomannweg 6  
81673 München.
- (3) Für die Abrechnung der im Rahmen des BV-Vertrages erbrachten Leistungen ist der HZV-Hausarzt befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der TAG beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln.
- (4) Der HZV-Hausarzt rechnet den Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal, gegenüber der TAG ab. Der HZV-Hausarzt hat die BV-Abrechnung an die TAG spätestens bis zum 20. Tag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (20. Januar, 20. April, 20. Juli und 20. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der TAG. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den HZV-Hausarzt behält sich die TAG vor, die verspätet eingegangenen Abrechnungsdaten erst zu dem auf die Übermittlung folgenden Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften Abrechnung des HZV-Hausarztes erstellt die TAG die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft die TAG die Abrechnungsdatei erneut. Sie ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser Anlage 3 („**Abrechnungsprüfkriterien**“) widerspricht.

- 
- (6) Die TAG übersendet dem HZV-Hausarzt nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3, die Verwaltungskostenpauschale nach § 14 sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der HZV-Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der TAG unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der TAG etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.
- (8) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gilt der Abrechnungsnachweis als akzeptiert, wenn ihm nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die TAG wird den HZV-Hausarzt bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der HZV-Hausarzt das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen.
- (9) Die §§ 11 bis 14a des BV-Vertrages sowie die Regelungen dieser Anlage 3 gelten auch nach Beendigung des BV-Vertrages mit Wirkung für den HZV-Hausarzt weiter, bis die Ansprüche des HZV-Hausarztes auf Vergütung abgerechnet sind.

## **§ 5**

### **Abrechnung der Vergütung der TAG für Leistungen der HZV-Hausärzte gegenüber der GWQ**

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung bedient sich die TAG zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 Abs. 2 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295 1b SGB V i.V.m. § 295a Abs. 2 SGB V). Das Rechenzentrum übersendet eine Abrechnungsdatei. Diese enthält die vom HZV-Hausarzt abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den HZV-Hausarzt geprüften Vergütung im Sinne des § 11 und dieser Anlage 3 aus.

- 
- (2) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die TAG der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Die TAG bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295a Abs.2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HZV-Hausärzten abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den jeweiligen HZV-Hausarzt geprüften BV-Vergütung im Sinne des § 11 Abs. 1 des BV-Vertrages aus.
- (3) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist der TAG 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 Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
- 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. § 11 des BV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
- (4) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich von der TAG benannte Konto der TAG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird die TAG spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (5) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HZV-Hausarzt binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

## § 6

### Korrekturverfahren - Storno auf Fallebene und Sendung eines neuen Originalfalles

(1) Stornofälle auf Fallebene

Stornofälle sind solche, bei denen der HZV-Hausarzt oder die GWQ feststellen, dass eine Abrechnung generell nicht erfolgen darf oder aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) zu korrigieren ist. Der Fall muss storniert werden. Der zu stornierende Fall ist umgehend in einer separaten Datenlieferung mit dem Verarbeitungskennzeichen (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment IVK - Feld 1/1.2) "30" im IVK-Segment zu liefern. Der Stornodatensatz entspricht hinsichtlich der Beträge genau des zu stornierenden Einzelfalls. Es wird das gleiche Vorzeichen wie in der Erstdatenlieferung verwendet. Dies gilt auch für das FKI-Segment und die Rechnungsnummer.

(2) Neuer Originalfall mit neuer Rechnungsnummer

Im Falle einer Korrektur aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) wird ein Korrekturdatensatz mit dem Verarbeitungskennzeichen "40" sowie ein neuer (korrigierter) Datensatz mit dem Verarbeitungskennzeichen "10" im IVK-Segment und gleicher Rechnungsnummer (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment RGI - Feld 12/12.5) im RGI-Segment geliefert. Der Korrekturzähler (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment RGI - Feld 12/12.8) wird auf den Wert "1" gesetzt.

Der Dateiname (siehe Abschnitt 4.1 der technischen Anlage unter Dateinamen) wird an der fünften Stelle mit einer "0" = Abrechnungsdatei übermittelt.

## § 7

### Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum prüft für die TAG und die GWQ für die teilnehmenden Krankenkassen die Abrechnung der HZV-Hausärzte auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 11 bis 14a des BV-Vertrages und §§ 3 bis 6 dieser Anlage 3 im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen.
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:

- 
- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am BV-Vertrag;
- b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
- c) Vorliegen vollständiger und übereinstimmender Abrechnungsdatensätze;
- d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation gemäß Anhang 1 zu Anlage 3 („Einschlusskriterien“).
- (3) Der Umfang der von der TAG an die GWQ zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HZV-Hausarzt nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des BV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

## § 8

### Anhang

Die folgenden Anhänge sind Bestandteile dieser Anlage 3:

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Einschlusskriterien
- Anhang 2 zu Anlage 3:** Fragebogen Sturzprophylaxe
- Anhang 3 zu Anlage 3:** Gesundheitsfragebogen
- Anhang 4 zu Anlage 3:** Arzneimittelerfassung
- Anhang 5 zu Anlage 3:** BV-Ziffernkranz