

Anlage 3

zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V zwischen der IKK classic und der KVWL

Vergütung und Abrechnung -

Folgende Anhänge sind Bestandteil:

- Anhang 1 zur Anlage 3: EBM- Ziffernkranz
 Anhang 2 zur Anlage 3: Krankheitsbilder und Diagnosen zur Abrechnung des Zuschlags für chronisch Kranke nach diesem Vertrag
 Anhang 3 zur Anlage 3: Qualitätsbonus für erhöhten Präventionsaufwand auf SNR..... und für chronisch Kranke nach diesem Vertrag auf SNR.....
 Anhang 4 zur Anlage 3: Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention
 Anhang 5 zur Anlage 3: EVA/VERAH-Zuschlag

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter Hausarzt.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuertes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuertes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV.).
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem Tag, an dem der Versicherte als HzV-Versicherter im Sinne des Vertrages gilt (Aufnahme in das HzV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an die KVWL). Bei einem durch die IKK classic stattgegebenen Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	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).

...

§ 1 HzV-Vergütungspositionen

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

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

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

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Kontaktunabhängige Grundpauschale	Leistungen gemäß §§ 3, 4 Abs. 3 des Vertrages	66,00 EUR

Abrechnungsregeln für SNR

- Die SNR wird dem Betreuarzt einmalig pro eingeschriebenem HzV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr vergütet. Ein Versichertenteilnahmejahr ist das Jahr ab Beginn der Teilnahme des HzV-Versicherten an der HzV; Beginn der Teilnahme ist der erste Tag des Quartals, in dem der HzV-Versicherte als solcher gilt.
- Die SNR 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 Vertrages zugrunde gelegt.
- Werden in einem Quartal weitere Hausärzte durch den HzV-Versicherten aufgesucht, so werden alle Hausärzte – mit Ausnahme des gewählten Hausarztes – als Vertreter betrachtet (s. Vertreterpauschale). Der oder die weiteren Hausärzte haben keinen Anspruch auf die Auszahlung dieser SNR. Gewählter Hausarzt ist der Hausarzt, der auf der letzten gültigen Teilnahmeerklärung des HzV-Versicherten als solcher angegeben ist.
- Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV, wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HzV-Versicherten war, ein Betrag von 6,50 EUR von der SNR abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahmejahr, in dem der Arztwechsel/das Ausscheiden des Hausarztes oder des HzV-Versicherten aus der HzV stattgefunden hat, auch mindestens ein persönlicher 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 16,50 EUR von der SNR abgezogen.
- Bei einem Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt für den neuen Hausarzt vergütungstechnisch ein neues Versichertenteilnahmejahr.

...

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Kontaktabhängige Pauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung. Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des Vertrages.	40,00 EUR

Abrechnungsregeln für SNR

Die SNR wird einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten dem Betreuarzt vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher Hausarzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Das erste Abrechnungsquartal innerhalb eines Versichertenteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere persönliche Hausarzt-Patienten-Kontakte stattfinden, führt nicht zur Auszahlung dieser SNR, da die Vergütung für diese Behandlung bereits durch die Grundpauschale der SNR abgedeckt ist.

Alle weiteren, in diesem Abrechnungsquartal aufgesuchten Hausärzte gelten als Vertreter (s. Vertreterregelung).

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Zuschlag für chronisch kranke Patienten nach diesem Vertrag	Betreuung von chronisch kranken Patienten Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der mindestens eines der in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 aufgeführten Krankheitsbilder aufweist <u>und</u> für den mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 gemäß Anhang 2 zu dieser Anlage 3 übermittelt wurde.	20,00 EUR

Abrechnungsregeln für SNR

Die SNR wird dem Betreuarzt einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten vergütet, sofern es sich um einen chronisch kranken Patienten gemäß Anhang 2 zu dieser Anlage 3 handelt und im jeweiligen Quartal mindestens ein persönlicher Hausarzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden.

...

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Vertreterpauschale	Vollständige hausärztliche Versorgung eines Patienten gem. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen im Vertretungsfall (Behandlung von HzV-Versicherten, die einen anderen HzV-Hausarzt gewählt haben)	12,50 EUR

Abrechnungsregeln für SNR:

Die SNR wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen Hausarzt eingeschriebenen HzV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher Hausarzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Auf die Vertreterpauschale entfallen keine Zuschläge.

Die SNR wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ ausgelöst. In diesem Fall werden die durch den Vertreterarzt innerhalb der BAG/des MVZ erbrachten HzV-Leistungen (SNR..... bis SNR) bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Vertreterarzt innerhalb der BAG/ des MVZ an der HzV teilnimmt.

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	12,50 EUR

Abrechnungsregeln für SNR:

Die SNR ist maximal einmal pro Tag abrechenbar, sofern die im Zielauftrag definierte Leistung erbracht wird. Auf die SNR entfallen keine Zuschläge.

Ein Zielauftrag, der innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ erteilt wird, kann nicht abgerechnet werden.

Die SNR und die SNR sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar.

Ein Betreuarzt kann einen Zielauftrag nur ausstellen, wenn mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfand und nur sofern diese Leistung i. d. Praxis des den Zielauftrag erteilenden Hausarztes aufgrund fehlender Qualifikation/Ausstattung nicht erbracht werden kann (z. B. Sonographie, Belastungs-EKG) und er medizinisch erforderlich ist.

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Sonografie-Zuschlag auf die SNR	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	8,00 EUR

Abrechnungsregeln für SNR:

Der Zuschlag (SNR.....) wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf die SNR aufgeschlagen, wenn der Hausarzt erklärt hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt, und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt.

Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Qualifikation folgenden Quartal und wird fortan in den Quartalen vergütet, in denen der Hausarzt über diese Qualifikation verfügt. Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV, wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.

...

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Psychosomatik-Zuschlag auf die SNR....	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	6,00 EUR

Abrechnungsregeln für SNR :

Der Zuschlag (SNR) wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf die SNR aufgeschlagen, wenn der Hausarzt erklärt hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Qualifikation folgenden Quartal und wird fortan in den Quartalen vergütet, in denen der Hausarzt über diese Qualifikation verfügt.

Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Qualitätsbonus für erhöhten Präventionsaufwand auf die SNR.....	-----	10,00 EUR max.

Abrechnungsregeln für SNR :

Der Zuschlag (SNR...) wird automatisch dem Betreuarzt einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten mit erhöhtem Präventionsaufwand vergütet, sofern die in Anhang 3 dieser Anlage 3 definierten Zielwerte erreicht werden.

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Qualitätsbonus für chronisch Kranke nach diesem Vertrag für die SNR.....	-----	20,00 EUR max.

Abrechnungsregeln für SNR :

Der Zuschlag (SNR.....) auf die SNR wird automatisch dem Betreuarzt einmal pro Abrechnungsquartal je chronisch kranken HzV-Versicherten nach diesem Vertrag vergütet, sofern die in Anhang 3 dieser Anlage 3 definierten Zielwerte erreicht werden.

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Zuschlag für einsatzfähiges Recall-System für die SNR..... (einmaliger Zuschlag)	-----	2,00 EUR

Abrechnungsregeln für SNR :

Der Zuschlag (SNR.....) wird im ersten Versichertenteilnahmejahr vergütet, sofern der Nachweis über die aktive Nutzung des Recall-Systems für den jeweiligen HzV-Versicherten erbracht ist.

Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV, wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.

...

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	EVA/VERAH-Zuschlag auf SNR	Betreuung von chronisch kranken Patienten nach diesem Vertrag durch eine EVA/VERAH-geprüfte MFA (Entlastende Versorgungsassistentin/Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	5,00 EUR

Abrechnungsregeln für SNR

Zuschlag auf jede vergütete SNR

Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des Zuschlags werden in Anhang 5 zu dieser Anlage geregelt.

Voraussetzung:

Eine MFA/Arzthelferin des Betreuers verfügt über die Qualifikation EVA/VERAH.

Die SNR wird nur dem Betreuer vergütet. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Quartal.

Einzelleistungen:

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
01100 *	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): 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	25,00 EUR

*Buchstabenzusatz wird ergänzt

Abrechnungsregeln für SNR

Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag (SNR....) abrechenbar.

Die SNR kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden (z. B. zur Vermeidung von stationären Einweisungen).

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
01101 *	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): 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	40,00 EUR

*Buchstabenzusatz wird ergänzt

Abrechnungsregeln für SNR

Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag (SNR....) abrechenbar.

Die SNR kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden (z. B. zur Vermeidung von stationären Einweisungen).

...

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
01730 *	Krebsfrüherkennungs-untersuchungen	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung	20,00 EUR
01731 *		Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung	
01745 *		Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung	

***Buchstabenzusatz wird ergänzt**

Abrechnungsregeln für SNR 01730* und 01731*:

Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (SNR.....) - gleiches Leistungsdatum - neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.

Ausnahme: Es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht.

Abrechnungsregeln für SNR 01745*:

Eine Abrechnung der Leistung bedingt die Genehmigung zur Leistungserbringung. Auffällige bzw. zu beobachtende Befunde sind zu dokumentieren.

Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (SNR....) – gleiches Leistungsdatum – neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.

Ausnahme: Es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht.

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
02300 *	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300)	8,00 EUR

***Buchstabenzusatz wird ergänzt**

Abrechnungsregeln für SNR:

Die SNR ist grundsätzlich einmal pro Tag abrechenbar.

Sie ist grundsätzlich nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301* und 02302*.

Die SNR kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300*, 02301* und 02302* abgerechnet werden*.

...

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
02301 *	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301)	16,00 EUR

***Buchstabenzusatz wird ergänzt**

Abrechnungsregeln für SNR

Die SNR ist grundsätzlich einmal pro Tag abrechenbar.

Sie ist grundsätzlich nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300* und 02302*

Die SNR kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300*, 02301* und 02302* abgerechnet werden*.

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
02302 *	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302)	30,00 EUR

***Buchstabenzusatz wird ergänzt**

Abrechnungsregeln für SNR

Die SNR ist grundsätzlich einmal pro Tag abrechenbar.

Sie ist grundsätzlich nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300* und 02301*

Die SNR kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300*, 02301* und 02302* abgerechnet werden*.

SNR	Bezeichnung	Leistungsinhalt	Betrag
	Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention	Beratung und erfolgreiche Motivation der Versicherten zur vollständigen Durchführung der Schulungseinheiten zum Selbstmanagement mit anschl. Test (vgl. Anhang 4 zu dieser Anlage 3) Besprechung der Testergebnisse	24,00 EUR (12,00 EUR bei Verordnung, 12,00 EUR nach durchgeführtem Test)

Abrechnungsregeln für SNR

Die SNR ist maximal einmal im Kalenderjahr abrechenbar.

Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (SNR) - gleiches Leistungsdatum - neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.

Ausnahme: Es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht.

*Anmerkung zu den kleinchirurgischen Eingriffen und/oder primärer Wundversorgung und/oder Epilation: Ausnahmefall bedeutet:

Die SNR 02300*, 02301*, 02302* sind bei Patienten mit den Diagnosen

Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-)

mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – abrechenbar.

...

§ 2 Laufzeit

Diese Anlage 3 tritt am 01.01.2011 in Kraft. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 des Vertrages.

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang der SNR gemäß dieser Anlage 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 nach entsprechender Vereinbarung zwischen der IKK classic und der KVWL.

Vor einer solchen Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen kollektivvertraglich gegenüber der KVWL abgerechnet. Aufgrund von § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. notwendig werdenden Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 zu dieser Anlage 3 stimmt der Hausarzt bereits jetzt zu.

Leistungen, die gem. dieser Anlage vergütet werden, darf der Hausarzt nicht zusätzlich kollektivvertraglich gegenüber der KVWL abrechnen (Doppelabrechnung). Eine Doppelabrechnung kann zu einem Schaden der IKK classic führen. Der Hausarzt hat einen solchen Schaden nach Maßgabe der §§ 249 ff. BGB zu ersetzen.

II. Dokumentation

Der Hausarzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 bzw. Abs. 1 b SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 6 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, die SNR gemäß dieser Anlage 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) im Rahmen dieses 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 nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die KVWL im Rahmen des Kollektivvertrages. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die KVWL abgerechnet werden.

...

IV. Besonderheiten bei HzV-Leistungen innerhalb von BAG/MVZ

- (1) Leistungen gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen gemäß dieser Anlage 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 KVWL im Rahmen des Kollektivvertrages abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 des Vertrages.
- (2) Die Abrechnung der SNR..... oder SNR..... 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) Schutzimpfungen sind Bestandteil der pauschalierten Vergütung. Alle Impfleistungen sind analog Anlage 1 der Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen in der HzV-Abrechnung zu dokumentieren.
- (2) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der IKK classic und der KVWL geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".

VII. Qualitätsbonus

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

§ 4

Abrechnung der HzV-Vergütung durch die KVWL gegenüber der IKK classic

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die KVWL der IKK classic eine Abrechnungsdatei. Die Abrechnungsdatei weist die Beträge der von ihr für den jeweiligen Hausarzt geprüften HzV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 2 des Vertrages aus.
- (2) Die IKK classic hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen nach Eingang (Krankenkassen-Prüffrist), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die IKK classic der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist der KVWL schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (Abrechnungsrüge).
 - a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, so erhält die IKK classic einen Rechnungsbrief und ist innerhalb einer Zahlungsfrist von 10 Arbeitstagen (Zahlungsfrist) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei bzw. dem Rechnungsbrief genannten Betrages verpflichtet.

...

- b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die IKK classic hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend Buchstabe a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 12 des Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen). Die beanstandeten Abrechnungspositionen werden zwischen der IKK classic und der KVWL unverzüglich ausgetauscht und die Abrechnungsdatei erforderlichenfalls korrigiert.
- (3) Die IKK classic hat eine Prüffrist von drei Jahren (endgültige Prüffrist), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei insbesondere gemäß den in § 7 dieser Anlage 3 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen und gegebenenfalls rügen kann. Ist die IKK classic der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HzV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HzV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies der KVWL innerhalb der endgültigen Prüffrist schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (nachgelagerte Abrechnungsrüge). Sollte die Begründung der Abrechnungsrüge fehlen oder unvollständig sein, so fordert die KVWL die IKK classic zu einer Begründung bzw. Vervollständigung der Abrechnungsrüge innerhalb der endgültigen Prüffrist auf. Nach Ablauf der endgültigen Prüffrist sind Abrechnungsrügen mit der Folge einer möglichen Verrechnung nach Maßgabe von § 12 Abs. 3 des HzV-Vertrages und dieser Anlage ausgeschlossen; die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen erfolgt nach Ablauf der endgültigen Prüffrist gemäß den gesetzlichen Regelungen.

§ 5 Praxisgebühr

- (1) Sofern die IKK classic HzV-Versicherte nicht aufgrund ihrer gültigen Satzung von der Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V („Praxisgebühr“) befreit, ist der Hausarzt verpflichtet, von HzV-Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä in ihrer jeweils geltenden Fassung die Praxisgebühr für die IKK classic einzuziehen.
- (2) Der Hausarzt ist insbesondere nicht berechtigt, auf die Praxisgebühr zu verzichten oder einen anderen Betrag als die gesetzliche Praxisgebühr zu erheben. Die weitere Abwicklung vollzieht sich wie folgt:
- a) Falls der Hausarzt im Einzelfall für HzV-Versicherte neben HzV-Leistungen auch Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrages über die KVWL abrechnet, wird hierdurch keine zusätzliche Praxisgebühr für diese HzV-Versicherten ausgelöst. Entsprechend ist gegenüber der KVWL in der Kollektivabrechnung die SNR 80034S zu dokumentieren.
- b) Der Hausarzt übermittelt mit seiner HzV-Abrechnung an die KVWL die Dokumentation über einen etwaigen Ausnahmetatbestand nach Absatz 4.
- c) Eine Praxisgebühr, die ein HzV-Versicherter entrichtet hat, hat der Hausarzt einzubehalten. Die entrichtete Praxisgebühr mindert den HzV-Vergütungsanspruch des Hausarztes entsprechend,

...

- (3) Soweit der Hausarzt seine Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung und dem vorstehenden Absatz 1 dieses § 5 erfüllt hat und der HzV-Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb der vom Hausarzt gesetzten Frist nicht gezahlt hat, dokumentiert er dies mit Hilfe der Vertragssoftware. In diesem Fall übernimmt die IKK classic den weiteren Zahlungseinzug. Die IKK classic erhält zu diesem Zweck mit der Abrechnung eine Auflistung der HzV-Versicherten, bei denen die Praxisgebühr nicht eingezogen wurde, unter Angabe der vom Hausarzt nach Absatz 4 übermittelten Gründe.
- (4) Die Dokumentation nach den vorstehenden Absätzen erfolgt durch Angabe folgender Ziffern:

Ziffer	Bezeichnung der Vergütungsposition
80032	Praxisgebühr befreit, da laut Bescheinigung der Krankenkasse Patient befreit ist
80033	Praxisgebühr befreit, da Quittung vorliegt
80036	Patient hat für das aktuelle Quartal im betreffenden Behandlungskreis die fällige Praxisgebühr nach Ablauf der Mahnfrist bis zum Quartalsende nicht entrichtet
80036V	Sachverhalt wie bei 80036, aber Mahnfrist für Praxisgebühr des Vorquartals ist erst im aktuellen Quartal abgelaufen
80038	Portokosten für die Mahnung in Höhe von z. Zt. 0,55 Euro (Standardbrief)

...

§ 6 Abrechnung der HzV-Vergütung durch die KVWL

- (1) Die KVWL versendet an den Hausarzt jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HzV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HzV-Versicherte.
- (2) Der Hausarzt übermittelt der KVWL seine Abrechnung der HzV-Vergütung (HzV-Abrechnung) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats - 5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober - (HzV-Abrechnungsfrist). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung bei der KVWL. Bei verspäteter Übermittlung ist die KVWL berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der IKK classic (vgl. § 4 dieser Anlage 3) erst im Folgequartal vorzunehmen. Rückwirkende Abrechnungen können nur vier Quartale nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistung erbracht wurde, akzeptiert werden.
- (3) Die KVWL ist verpflichtet, die HzV-Abrechnung des Hausarztes auf Plausibilität nach Maßgabe der Anlage 3 unter Zugrundelegung der in § 7 dieser Anlage 3 genannten Abrechnungsprüfkriterien für den Hausarzt zu prüfen.
- (4) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 3 geprüften HzV-Abrechnung des Hausarztes erstellt die KVWL die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der IKK classic überprüft die KVWL die Abrechnungsdatei erneut. Sofern und soweit der von der Abrechnungsrüge betroffene Teil der Abrechnungsdatei den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser Anlage 3 (Abrechnungsprüfkriterien) nicht widerspricht, ist die Abrechnungsdatei nicht zu korrigieren. Die KVWL teilt dies der IKK classic mit.
- (5) Die KVWL prüft den Betrag der von der IKK classic erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser Anlage 3) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 4 dieser Anlage 3 und übersendet dem Hausarzt nach Erhalt der Zahlung von der IKK classic einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen.
- (6) Der Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der KVWL unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der KVWL etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (7) Die KVWL ist verpflichtet, Zahlungen der IKK classic 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.
- (8) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der IKK classic hinausgehender Ansprüche des Hausarztes wird sich die KVWL im Benehmen mit dem Hausarzt um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der IKK classic bemühen. Die KVWL ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des Hausarztes verpflichtet, sofern sie dem Hausarzt nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser Anlage 3 ungerechtfertigt ist.

...

§ 7 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die KVWL und die IKK classic bzw. eine von ihr benannte Stelle prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 13 des HzV-Vertrages, Anlage 3) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HzV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung des EVA/VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnostikdokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser Anlage 3;
 - e) Dokumentation mindestens eines Hausarzt-Patienten-Kontaktes bei Abrechnung der kontaktabhängigen Pauschale, des Zuschlags für chronisch kranke Patienten nach diesem Vertrag, Vertreterpauschale sowie Zielauftragspauschale.
- (3) Der Umfang der von der KVWL an die IKK classic zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 bzw. 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 nach Abs. 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 11 des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach Anlage 9 einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe dieses Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.