

**Dr. Klaus Engelmann  
Schiedsperson für die hausarztzentrierte  
Versorgung**

Kassel, den 10. April 2010

Tel.: 0561/69808

E-Mail: [ka.engelmann@t-online.de](mailto:ka.engelmann@t-online.de)

Dr. Klaus Engelmann, Fuchsküppelweg 19, 34128 Kassel

**vdek – Landesvertretung Baden-Württemberg –  
Christophstr. 7  
70187 Stuttgart**

**EINGEGANGEN**

**13. APR. 2010**

**Rechtsanwälte Dolde Mayen & Partner  
Herrn  
Rechtsanwalt Dr. Bernd Schieferdecker  
Heilbronner Straße 41  
70191 Stuttgart**

**Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG  
Von-der-Wettern-Straße 27  
51149 Köln**

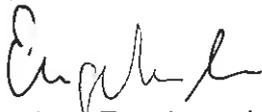
Hausarztzentrierte Versorgung Baden-Württemberg

Anlagen: Schiedsspruch

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage überreiche ich den Schiedsspruch vom 10.4.2010 einschließlich Begründung.

Mit freundlichen Grüßen



(Dr. Klaus Engelmann)

**Schiedsperson für die hausarztzentrierte Versorgung  
für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg**

**In den Verfahren über die Festsetzung von Verträgen zur hausarztzentrierten  
Versorgung gemäß § 73b Abs. 1, 4 SGB V**

**des Deutschen Hausärzteverbandes Landesverband Baden-Württemberg e.V.**

**und MEDI Baden-Württemberg e.V.**

- Antragsteller -

**Verfahrensbevollmächtigte:** Frau Nicole Richter, Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG,  
Köln,

**und**

- 1. BARMER GEK**
- 2. Techniker Krankenkasse**
- 3. Deutsche Angestellten-Krankenkasse**
- 4. KKH-Allianz**
- 5. HEK – Hanseatische Krankenkasse**
- 6. hkk**

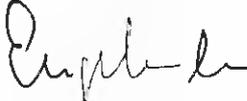
- Antragsgegnerinnen -

**Verfahrensbevollmächtigte:** Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den  
Leiter der Landesvertretung Baden-Württemberg Herrn Walter Scheller, sowie  
Rechtsanwälte Dolde Mayen & Partner, Rechtsanwalt Dr. Bernd Schieferdecker, Stuttgart,

setzt die Schiedsperson für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-  
Württemberg Dr. Engelmann

zwischen den Antragstellern und jeweils der Antragsgegnerin zu 1. bis 6. aufgrund  
der mündlichen Verhandlungen vom 2. und 23. März 2010 am 10. April 2010 den  
Vertragsinhalt gemäß den anliegenden Vertragsmustern (Vertrag, Anlage 1, Anlage  
2, Anlage 3 mit Anhängen 1, 2 und 5, Anlage 4, Anlage 5, Anlage 6, Anlage 7,  
Anlage 8, Anlage 9, Merkblatt zum Hausarztprogramm) fest.

Kassel, den 10. April 2010

  
(Dr. Engelmann)

**Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung  
gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V**

zwischen der

- 1. BARMER GEK**
- 2. Techniker Krankenkasse**
- 3. Deutsche Angestellten-Krankenkasse**
- 4. KKH-Allianz**
- 5. HEK – Hanseatische Krankenkasse**
- 6. hkk**

- im Folgenden jeweils: Krankenkasse -

und



**DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND**  
*Landesverband Baden-Württemberg e.V.*

**Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.**

Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart  
vertreten durch den Vorstand Dr. med. Berthold Dietsche  
(„Hausärzteverband“)

und dem

**MEDI**  **VERBUND**

**MEDI Baden-Württemberg e.V.**  
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart  
vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner  
(„MEDI e.V.“),

diese in Kooperation mit



**HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft eG**

Von-der-Wettern-Straße 27, 51149 Köln  
vertreten durch die Vorstände Eberhard Mehl, Joachim Schütz und Dr. Jochen Rose  
(„HÄVG“)

und

**MEDI**  **VERBUND**

**MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH**  
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart  
vertreten durch den Geschäftsführer Werner Conrad  
(„MEDIVERBUND“)

**als Dienstleistungsgesellschaften für den Hausärzteverband und MEDI e.V.**

## INHALTSVERZEICHNIS

§ 1 Allgemeines .....	2
§ 2 Vertragsgegenstand.....	3
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und besondere Qualifikations- und Qualitätsanforderungen für die HzV .....	4
§ 4 Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV .....	7
§ 5 Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV und Beendigung der Teilnahme.....	8
§ 6 Teilnahme der Versicherten an der HzV .....	9
§ 7 Organisation der Teilnahme der Hausärzte an der HzV .....	10
§ 8 Software (Vertragssoftware) .....	10
§ 9 Verwaltungsaufgaben der Krankenkasse zur Durchführung der HzV.....	11
§ 10 Anspruch des HAUSARZTES auf die HzV-Vergütung .....	11
§ 11 Abrechnungsverfahren.....	13
§ 12 Abrechnungsnachweis, Überzahlungen .....	13
§ 13 Praxisgebühr.....	14
§ 14 Verwaltungskostenpauschale.....	14
§ 15 Beirat .....	15
§ 16 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung .....	15
§ 17 Verfahren zur Vertragsänderung.....	17
§ 18 Schiedsklausel.....	17
§ 19 Haftung und Freistellung .....	17
§ 20 Datenschutz.....	18
§ 21 Qualitätssicherung und Prüfwesen.....	18
§ 22 Schlussbestimmungen .....	18
§ 23 Anlagenverzeichnis.....	19

### § 1 Allgemeines

- (1) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem HzV-Vertrag Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen. Soweit auf Paragraphen oder Anlagen Bezug genommen wird, handelt es sich um solche dieses HzV-Vertrages bzw. um seine Anlagen, die ebenfalls Vertragsbestandteil sind.
- (2) „**HzV**“ ist das Angebot einer besonderen hausärztlichen Versorgung für Versicherte der Krankenkasse nach Maßgabe dieses HzV-Vertrages.
- (3) „**Hausarzt**“ im Sinne dieses Vertrages ist ein in Baden-Württemberg zugelassener Hausarzt, der an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V teilnimmt.
- (4) „**HAUSARZT**“ im Sinne dieses Vertrages ist ein Hausarzt/hausärztliches Mitglied eines medizinischen Versorgungszentrums („**MVZ**“), der seinen Beitritt zu diesem HzV-Vertrag durch Abgabe einer Teilnahmeerklärung beantragt und eine Teilnahmebestätigung gemäß § 4 Abs. 2 erhalten hat.
- (5) „**HzV-Partner**“ sind die Krankenkasse, der Hausärzterverband, MEDI e.V., die HÄVG und MEDIVERBUND sowie der jeweilige HAUSARZT.

- (6) „**H<sub>z</sub>V-Versicherte**“ im Sinne dieses Vertrages sind die Versicherten der Krankenkasse, die von der Krankenkasse in das H<sub>z</sub>V-Versichertenverzeichnis aufgenommen und gemäß § 9 Abs. 2 dieses H<sub>z</sub>V-Vertrages bekannt gegeben wurden.
- (7) „**H<sub>z</sub>V-Vergütung**“ ist die Vergütung des HAUSARZTES für die gemäß § 10 Abs. 1 in Verbindung mit **Anlage 3 (H<sub>z</sub>V-Vergütung und Abrechnung)** für die H<sub>z</sub>V-Versicherten erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten hausärztlichen Leistungen.

## § 2 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Umsetzung der H<sub>z</sub>V für sämtliche Versicherte der Krankenkasse. Mit der H<sub>z</sub>V soll die leitlinienorientierte Versorgungssteuerung durch den HAUSARZT und eine darauf basierende Verbesserung der Patientenversorgung flächendeckend sichergestellt werden. Das zentrale Element der H<sub>z</sub>V in Baden-Württemberg ist die primärärztliche Versorgung sowie die Koordinierung und Steuerung ärztlicher Leistungen durch den HAUSARZT.
- (2) Vertragspartner dieses H<sub>z</sub>V-Vertrages sind die Krankenkasse, der Hausärzteverband und MEDI e.V.
- (3) Die Teilnahme der Versicherten an der H<sub>z</sub>V ist freiwillig. Die Versicherten können ihre Teilnahme an der H<sub>z</sub>V durch gesonderte Erklärung gegenüber der Krankenkasse gemäß **Anlage 6 („Teilnahmeerklärung Versicherter“)** beantragen.
- (4) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. organisieren die Teilnahme des jeweiligen HAUSARZTES an der H<sub>z</sub>V und nehmen für ihn die Abrechnung der H<sub>z</sub>V-Vergütung sowie der Praxisgebühr nach den §§ 10 bis 14 sowie der **Anlage 3** gegenüber der Krankenkasse vor. Der Hausärzteverband ist daher nach Maßgabe dieses H<sub>z</sub>V-Vertrages im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und Beendigung dieses H<sub>z</sub>V-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen von Hausärzten bzw. dem HAUSARZT und zur Vornahme und Entgegennahme von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen berechtigt.
- (5) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind berechtigt, sich zur Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen gegenüber der Krankenkasse und den Hausärzten sowie dem HAUSARZT Dritter als Erfüllungsgehilfen zu bedienen (§ 278 BGB). Diese sind durch den Hausärzteverband und MEDI e.V. zur Einhaltung der für den Hausärzteverband und MEDI e.V. geltenden vertraglichen und gesetzlichen, insbesondere der datenschutzrechtlichen Regelungen, zu verpflichten. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind insbesondere berechtigt, sich der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft e. G. („**Dienstleistungsgesellschaft**“) als Erfüllungsgehilfe zu bedienen (§ 278 BGB). Solange die HÄVG an diesem Vertrag teilnimmt, ist sie alleiniger Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes und von MEDI e.V. Soweit die HÄVG als Dienstleistungsgesellschaft im Rahmen dieses H<sub>z</sub>V-Vertrages erwähnt wird, erfolgt dies, soweit nicht – wie insbesondere in § 14 Abs. 2 des Vertrages - ausdrücklich anders geregelt, in Wahrnehmung ihrer Funktion als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. Im Falle eines Ausscheidens der HÄVG aus diesem H<sub>z</sub>V-Vertrag wird MEDI-VERBUND Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes und von MEDI e.V. und tritt in deren vertraglichen Pflichten und Rechte als Dienstleistungsgesellschaft ein.
- (6) Die HÄVG ist beim Vertragsbeitritt des HAUSARZTES und der Durchführung dieses Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzteverband und MEDI e.V. berechtigt. Ausgenommen sind Erklärungen der HÄVG im Rahmen des § 5 Abs. 3 (Kündigung gegenüber dem HAUSARZT), § 15 (Beirat), § 16 (Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung), § 17 (Vertragsänderungen), § 18 (Schiedsklausel) sowie § 21 (Qualitätssicherung, Prüfwe-

sen) dieses HzV-Vertrages. Der Hausärzterverband, MEDI e.V., MEDIVERBUND und die HÄVG sind zum Zwecke des Abschlusses und der Durchführung dieses HzV-Vertrages von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit.

- (7) Die Krankenkasse kann sich zur Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Hausärzterverband und MEDI e.V., dem jeweiligen Hausarzt, der HÄVG und MEDIVERBUND einer Dienstleistungsgesellschaft bedienen. Sie kann hierzu gegenüber dem Hausärzterverband, MEDI e.V. und der HÄVG eine Dienstleistungsgesellschaft benennen. Für diesen Fall hat die Benennung bis zum 1. Juni 2010 zu erfolgen.
- (8) Näheres zur Ausgestaltung der tatsächlichen Abläufe bei der Durchführung der HzV und der Abrechnung regeln die **Anlage 3** und **Anlage 4 (Prozessbeschreibung)**.
- (9) Sofern die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg nicht bereit ist, den ärztlichen Notfalldienst in Absprache mit der Krankenkasse zu übernehmen, übernimmt der Hausärzterverband und MEDI e.V. gegen Aufwendungsersatz kostenneutral für die Krankenkasse die Durchführung des Notfalldienstes. Die Kosten des Notfalldienstes bleiben bei der Beachtung der Obergrenze des § 10 Abs. 9 unberücksichtigt.

### § 3

#### **Teilnahmevoraussetzungen und besondere Qualifikations- und Qualitätsanforderungen für die HzV**

- (1) Zur Teilnahme an der HzV nach Maßgabe dieses Vertrages sind alle an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V teilnehmenden Hausärzte mit Vertragsarztsitz in Baden-Württemberg berechtigt, welche die in den folgenden Absätzen geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die Einzelheiten des Vertragsbeitritts regelt § 4.
- (2) Zur Sicherung der besonderen Qualität der HzV ist der HAUSARZT gegenüber dem Hausärzterverband, MEDI e.V. und der Krankenkasse bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung und während der Teilnahme an der HzV nach Maßgabe dieses Vertrages verpflichtet, die folgenden Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen:
  - a) Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V;
  - b) Vertragsarzt- und Praxissitz in Baden-Württemberg;
  - c) apparative Mindestausstattung (Langzeitblutdruckmessung, auch in Apparategemeinschaft; Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung);
  - d) Sicherstellung der Erbringung der Leistungen Langzeit-EKG, Belastungs-EKG und Sonographie; diese Leistungen können auch im Rahmen einer Gerätegemeinschaft erbracht werden, die innerhalb einer Übergangsfrist bis zum 31.12.2011 zu bilden ist; der Nachweis ist per Selbstauskunft zu führen;
  - e) innerhalb einer Übergangsfrist bis zum 31.12.2011 ist vom Hausarzt die Berechtigung zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und die Berechtigung zur Erbringung psychosomatischer Leistungen sowie eine von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin gemäß Anlage 2 festgelegte Fortbildung im Bereich der hausärztlichen Geriatrie nachzuweisen; letztere ist nicht von Kinder- und Jugendärzten nachzuweisen, die dem Vertrag beigetreten sind;
  - f) Teilnahme an allen hausärztlich relevanten strukturierten Behandlungsprogrammen der Ersatzkassen gemäß § 137f SGB V ab 1. Januar 2011; Kinder- und Jugendärzte müssen nur an dem DMP Asthma teilnehmen. Einzelheiten regelt **Anlage 2**;

- g) die Behandlung behinderter Patienten muss gewährleistet sein;
  - h) vom 1. Oktober 2010 an Ausstattung mit einer gemäß § 8 für diesen HzV-Vertrag zugelassenen und benannten Software („**Vertragssoftware**“) nach **Anlage 1**;
  - i) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxis (DSL < empfohlen > oder ISDN) gemäß **Anlage 1**;
  - j) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä bzw. BMV-Ä/Ersatzkassen zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem);
  - k) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät);
  - l) Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer des HAUSARZTES in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage des Hausärzterverbandes, MEDI e.V. und der Krankenkasse.
- (3) Weiterhin ist der HAUSARZT gegenüber dem Hausärzterverband, MEDI e.V. und der Krankenkasse verpflichtet, die folgenden Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an die HzV zu erfüllen; weitere Einzelheiten regelt die **Anlage 2**:
- a) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren nach Maßgabe von **Anlage 2**;
  - b) Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien und Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden;
  - c) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich insbesondere auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie und Pädiatrie;
  - d) Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements;
- (4) Ferner ist der HAUSARZT gegenüber dem Hausärzterverband, MEDI e.V. und der Krankenkasse zur Behandlung von HzV-Versicherten und dabei zu folgenden besonderen Serviceangeboten für diese verpflichtet:
- a) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde von Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage in Baden-Württemberg sowie einer Früh- oder Abendterminsprechstunde für berufstätige HzV-Versicherte (ab 7 Uhr bzw. bis 20.00 Uhr) pro Woche oder einer Samstagsterminsprechstunde für berufstätige HzV-Versicherte;
  - b) Begrenzung der Wartezeit für HzV-Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst maximal 30 Minuten (Notfälle sind bevorzugt zu behandeln); eine taggleiche Behandlung bei akuten Fällen wird sichergestellt;
  - c) Durchführung von Hausbesuchen bei Patienten mit Vorliegen einer der drei Pflegestufen sowie zur Koordinierung eines komplexen Behandlungsbedarfs bei pflegebedürftigen Personen, ggf. unter Hinzuziehung des Pflegepersonals. Das Nähere, insbesondere über die hierfür anfallende Vergütung, vereinbaren die Vertragspartner bis zum 30. September 2010.

- d) Überweisung von HzV-Versicherten an Fachärzte unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung der dem HAUSARZT möglichen und notwendigen hausärztlichen Abklärungen sowie aktive Unterstützung der Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen bei durch den Hausarzt veranlassten Überweisungen; sollte die zeitnahe Überweisung an einen Facharzt in Einzelfällen nicht möglich sein, ist der HAUSARZT gehalten, die Ersatzkassen zu informieren;
  - e) Benennung mindestens eines Vertreterarztes, der als HAUSARZT an der HzV teilnimmt, den die HzV-Versicherten in Vertretungsfällen im Sinne von § 32 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV in Anspruch nehmen können;
  - f) Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und bei stationären Einweisungen;
  - g) Übergabe der patientenrelevanten Informationen und Dokumente bei einem Arztwechsel des HzV-Versicherten innerhalb der HzV mit dessen Einverständnis auf Anforderung des neu gewählten HAUSARZTES an diesen;
  - h) Prüfung und Entscheidung, ob vor der Einweisung eines HzV-Versicherten in die stationäre Krankenhausbehandlung ein ambulant tätiger Facharzt einzuschalten ist (ambulant vor stationär);
  - i) Wahrnehmung der Lotsenfunktion des HAUSARZTES durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Förderung ambulanter Operationen unter gezielter Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen;
  - j) Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden (DEGAM-Leitlinien);
  - k) Abstempeln eines Bonusheftes, sofern Leistungen betroffen sind, die vom HAUSARZT erbracht wurden, im zeitnahen Zusammenhang mit der Erbringung.
  - l) Überprüfung Impfstatus.
- (5) Zur Abwicklung der HzV ist der HAUSARZT gegenüber dem Hausärzteverband, MEDI e.V. und der Krankenkasse wie folgt verpflichtet:
- a) sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlinien; d.h., bei Verschlüsselung sind die Zusatzkennzeichen (G, Z, V, A) anzugeben. Sofern A, V oder Z nicht zutreffen, ist das Zusatzkennzeichen G anzugeben.
  - b) zeitnahe Übermittlung der zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte; Näheres regelt **Anlage 4**;
  - c) Vornahme einer wirtschaftlichen Verordnungsweise (rationale Pharmakotherapie) durch den HAUSARZT im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung, insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie, und Berücksichtigung der von der Krankenkasse abgeschlossenen Rabattverträge gemäß § 130 a Abs. 8 SGB;
  - d) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die HzV und die Rechte und Pflichten der HzV-Versicherten bei einer Teilnahme an der HzV auf deren Nachfrage;

- e) Nutzung einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 1** in der stets aktuellen Version bei Verordnungen, Überweisungen und bei der HzV-Abrechnung gemäß den §§ 10 bis 13 in Verbindung mit **Anlage 3**, sofern die Vertragssoftware diese Funktionalitäten bereit stellt.
  - f) Beachtung und Nutzung der Informationen im Bereich der Arzneimitteltherapie, die über eine Vertragssoftware bereit gestellt werden, im Rahmen seiner Therapiefreiheit und ärztlichen Verantwortung;
  - g) Vornahme eines wirtschaftlichen Hilfsmittelmanagements durch den HAUSARZT im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung, bei dem grundsätzlich eine Verordnung von Hilfsmitteln gemäß der - noch zu vereinbarenden - **Anlage 2a (Wirtschaftliches Hilfsmittelmanagement)** nur für ein Quartal erfolgen soll; bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln soll, soweit möglich, eine Weitergabe des Rezeptes an die Krankenkasse bzw. deren Dienstleister erfolgen; bis zur Vereinbarung der **Anlage 2a** ist diese Leistung nicht verpflichtend.
  - h) Aktive Unterstützung der Versorgungssteuerung durch die Krankenkasse, indem insbesondere bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit oder längerfristiger häuslicher Krankenpflege frühzeitig eine Kontaktaufnahme und Rücksprache mit der Krankenkasse bzw. deren Dienstleister erfolgen soll;
  - i) Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach den §§ 12 und 70 SGB V. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen von dem HAUSARZT nicht erbracht oder veranlasst werden. Hierzu gehört auch die Aufteilung von Leistungen ohne medizinische Gründe auf mehrere Quartale.
  - j) Die für die hausärztliche Versorgung geltenden vertragsärztlichen Verpflichtungen, insbesondere die Richtlinien des GBA sowie die in den Bundesmantelverträgen enthaltenen Verpflichtungen, sind auch im Rahmen der HzV einzuhalten, soweit die Vertragspartner nicht einvernehmlich etwas Abweichendes vereinbaren.
- (6) Versicherte, die sich bei dem Hausarzt während seiner Teilnahme an einem anderen Vertrag nach § 73b SGB V eingeschrieben haben, können durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach Anlage 6 dieses HzV-Vertrages erklären, dass sie ab dem Zeitpunkt, zu dem die Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag wirksam wird, nach den Regelungen dieses Vertrages an der HzV teilnehmen. Dies gilt auch für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die bisher an dem Vertrag zwischen dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVJK) und der GEK (jetzt: BARMER GEK) nach § 73b SGB V über eine hausarztzentrierte pädiatrische Versorgung teilnehmen. Doppelseinschreibungen von Versicherten in Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sind unzulässig.

#### § 4

##### Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV

- (1) Hausärzte können ihren Beitritt zu diesem HzV-Vertrag durch Abgabe der Teilnahmeerklärung Hausarzt („**Teilnahmeerklärung Hausarzt**“) gemäß **Anlage 5 (Infopaket und Starterpaket)** nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen schriftlich gegenüber dem Hausärzterverband oder MEDI e.V. beantragen; die Teilnahmeerklärung Hausarzt ist per Telefax an die in der Teilnahmeerklärung Hausarzt angegebene Faxnummer der HÄVG zu richten.
- (2) Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 1 und 2 vor, bestätigt die HÄVG für den Hausärzterverband und MEDI e.V. dem Hausarzt mit Wirkung für alle HzV-Partner die Teilnahme an der HzV durch Übersendung einer schriftlichen **Bestätigung („Teilnahmebes-**

**tätigung**“). Eine Übersendung der Teilnahmebestätigung per Fax genügt der Schriftform. Der Hausarzt ist mit Zugang der Teilnahmebestätigung HzV-Partner. Ab diesem Zeitpunkt ist der Hausarzt als HAUSARZT zur Entgegennahme der Teilnahmeerklärung Versicherter berechtigt. Die näheren Einzelheiten regelt **Anlage 4**.

- (3) Der HAUSARZT ist nach Maßgabe der in der Teilnahmeerklärung niedergelegten Vorgaben verpflichtet, Veränderungen, die für seine Teilnahme an der HzV relevant sind, unverzüglich schriftlich gegenüber der HÄVG für den Hausärzteverband und MEDI e.V. anzuzeigen. Die HÄVG für den Hausärzteverband und MEDI e.V. meldet die ihr übermittelten Änderungen im Rahmen der Lieferung des Verzeichnisses der HAUSÄRZTE („HzV-Arztverzeichnis“) an die Krankenkasse. Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten über die Änderungen, die die Teilnahme des HAUSARZTES an dem HzV-Vertrag betreffen.

## **§ 5**

### **Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV und Beendigung der Teilnahme**

- (1) Der HAUSARZT kann seine Teilnahme an diesem HzV-Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber dem Hausärzteverband oder MEDI e.V. kündigen. Die Übermittlung der Kündigungserklärung kann auch per Telefax erfolgen. Das Recht des HAUSARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die HÄVG ist zur Entgegennahme von Kündigungserklärungen für den Hausärzteverband und für MEDI e.V. berechtigt.
- (2) Die Teilnahme des HAUSARZTES an diesem HzV-Vertrag endet automatisch, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung der Teilnahme seitens des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. bedarf, wenn
- a) die vertragsärztliche Zulassung des HAUSARZTES ruht bzw. endet;
  - b) der HzV-Vertrag gemäß § 16 – gleich aus welchem Rechtsgrund - endet.
- (3) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind berechtigt und verpflichtet, die Teilnahme des HAUSARZTES an diesem HzV-Vertrag gegenüber dem HAUSARZT aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung zu kündigen. Als wichtiger Grund gelten insbesondere die in den nachfolgenden lit. a) bis d) geregelten Fälle. Der Kündigung hat eine schriftliche Abmahnung des HAUSARZTES voranzugehen, mit der der HAUSARZT zur Beseitigung des Verstoßes innerhalb von 4 Wochen ab Zugang der Abmahnung aufgefordert wird. Auf seinen Wunsch kann der HAUSARZT innerhalb dieser Frist schriftlich oder mündlich gegenüber dem Beirat (§ 15) Stellung zu der Abmahnung nehmen.
- a) Der HAUSARZT erfüllt die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und 2 oder die Qualitätsanforderungen gemäß § 3 Abs. 3 bis 5 nicht mehr oder nicht mehr vollständig;
  - b) Der HAUSARZT nimmt Doppelabrechnungen oder fehlerhafte Abrechnungen im Sinne des § 12 Abs. 2 vor, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen; bei nachgewiesener vorsätzlicher Doppelabrechnung kann die Kündigung ohne vorherige Abmahnung erfolgen.
  - c) Der HAUSARZT verstößt gegen eine andere wesentliche Vertragspflicht;
  - d) Der HAUSARZT verstößt in erheblichem Umfang gegen die ärztliche Berufsordnung; dies muss von der zuständigen Ärztekammer schriftlich festgestellt worden sein.

- (4) Die Kündigung der Teilnahme an der HzV durch den HAUSARZT oder gegenüber dem HAUSARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen dieses HzV-Vertrages zwischen den übrigen HzV-Partnern. § 12 Abs. 6 bleibt unberührt.
- (5) Im Falle der Beendigung der Teilnahme eines HAUSARZTES an diesem HzV-Vertrag hat die Krankenkasse die jeweils bei diesem HAUSARZT in die HzV eingeschriebenen HzV-Versicherten über die Beendigung der Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV zu unterrichten.

## § 6

### Teilnahme der Versicherten an der HzV

- (1) Die Teilnahme der Versicherten der Krankenkasse an der HzV ist freiwillig. Die an der HzV teilnehmenden Versicherten verpflichten sich gegenüber der Krankenkasse durch eine Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 6 (Teilnahmebedingungen Versicherte)** in ihrer jeweils geltenden Fassung, sich für mindestens 12 Monate an einen bestimmten HAUSARZT zu binden und andere Ärzte nur auf Überweisung durch den gewählten HAUSARZT in Anspruch zu nehmen. Der HzV-Versicherte ist berechtigt, Fachärzte für Gynäkologie und Augenheilkunde sowie Kinder- und Jugendärzte direkt und ohne Überweisung des gewählten HAUSARZTES in Anspruch zu nehmen. Dasselbe gilt für die Inanspruchnahme im Notfall.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der Krankenkasse, unabhängig vom Alter. Ein Anspruch von Versicherten der Krankenkasse zur Teilnahme an der HzV ergibt sich allein aus der Satzung der Krankenkasse in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung Versicherte. Ansprüche von Versicherten der Krankenkasse werden unmittelbar und mittelbar durch diesen HzV-Vertrag nicht begründet.
- (3) Der HAUSARZT ist zur Entgegennahme der Teilnahmeerklärung Versicherte von Versicherten der Krankenkasse für die Krankenkasse berechtigt und verpflichtet. Die Teilnahmeerklärungen Versicherte werden vom HAUSARZT nach Maßgabe der **Anlage 4** unverzüglich und unter Beachtung der im nachfolgenden Absatz 4 geregelten Frist an die Krankenkasse weitergeleitet.
- (4) Durch die Abgabe seiner Teilnahmeerklärung nimmt der Versicherte mit Wirkung für das auf das Datum der Abgabe der Teilnahmeerklärung Versicherter folgende Abrechnungsquartal an der HzV teil, wenn die Teilnahmeerklärung bis spätestens zum 1. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der in **Anlage 4** benannten Stelle eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November) bzw. spätestens am 10. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der Krankenkasse eingegangen ist und die Krankenkasse den Versicherten in das HzV-Versichertenverzeichnis („HzV-Versichertenverzeichnis“) gemäß § 9 Abs. 3 aufgenommen hat. Geht die Teilnahmeerklärung Versicherter später bei der Krankenkasse ein, verschiebt sich der Beginn der Teilnahme um mindestens ein Quartal. Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der **Anlage 4**.
- (5) Die Krankenkasse soll grundsätzlich die Teilnahme von HzV-Versicherten an der HzV bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den in der Teilnahmeerklärung Versicherte genannten Bedingungen kündigen.

## § 7

### Organisation der Teilnahme der Hausärzte an der HzV

- (1) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. organisieren als Gemeinschaft im Sinne des § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V die Teilnahme der Hausärzte nach Maßgabe dieses Vertrages und erfüllen in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben gegenüber der Krankenkasse und dem HAUSARZT; weitere Einzelheiten regelt **Anlage 4**:
  - a) Bekanntgabe des HzV-Vertrages und Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme an diesem HzV-Vertrag in seinen Veröffentlichungsorganen einschließlich des Versandes der Informationsunterlagen gemäß **Anlage 4**;
  - b) Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen von Hausärzten;
  - c) Prüfung und Dokumentation der Teilnahmevoraussetzungen anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung sowie stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens der Teilnahmevoraussetzungen des HAUSARZTES (§ 3 Abs. 2);
  - d) Anlassbezogene Überprüfung der Qualifikations- und Qualifikationsanforderungen sowie der Serviceangebote (§ 3 Abs. 3 und 4);
  - e) Pflege und Bereitstellung des Verzeichnisses des HzV-Arztverzeichnisses sowie regelmäßige elektronische Versendung des HzV-Arztverzeichnisses an die Krankenkasse;
  - f) Information des HAUSARZTES über die in **Anlage 2** näher bezeichneten Fortbildungsveranstaltungen im Sinne des § 3 Abs. 3 c) und Erfassung der Teilnahme des HAUSARZTES;
  - g) Entgegennahme von Kündigungen von HAUSÄRZTEN zur Beendigung ihrer Teilnahme an der HzV und Information der Krankenkasse über die Beendigung;
  - h) Abrechnung der HzV-Vergütung nach Maßgabe der §§ 10 bis 14 dieses HzV-Vertrages sowie seiner **Anlage 3**.
- (2) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. übernehmen nicht den Sicherstellungsauftrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB V und erbringen selbst keine ärztlichen Leistungen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der HzV-Versicherten verbleibt bei dem behandelnden HAUSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den HzV-Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.

## § 8

### Software (Vertragssoftware)

- (1) Anforderungen an die Vertragssoftware zur Durchführung der HzV (Verwaltung) sowie zur Abrechnung über die Vertragssoftware ergeben sich aus **Anlage 1**. Über weitere Vorgaben an die Vertragssoftware, insbesondere hinsichtlich der Unterstützung bei Verordnungen und Überweisungen durch den HAUSARZT im Sinne einer rationalen Pharmakotherapie (§ 3 Abs. 5 c) einigen sich der Hausärzteverband, die Krankenkasse, die HÄVG, MEDI e.V. und MEDIVERBUND innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Vertragsschluss; die Krankenkasse, der Hausärzteverband, die HÄVG, MEDI e.V. und MEDIVERBUND werden dabei eine möglichst zügige Einigung und Umsetzung der Anforderungen fördern.

- (2) Die Vertragssoftware ist vor ihrer Benennung als Vertragssoftware gemäß Absatz 1 in dem in **Anlage 1** geregelten Verfahren zuzulassen. Die **Anlage 1** sieht ein gestuftes Zulassungsverfahren vor, insbesondere eine Zulassung von Vertragssoftware gemäß den Anforderungen zur Durchführung der HzV (Verwaltung) und Abrechnung gemäß Satz 1 des vorstehenden Absatzes zum 1. Juli 2010 und eine Erweiterung um weitere Module nach einer Einigung im Sinne des Satzes 2 des vorstehenden Absatzes 1.

## § 9

### Verwaltungsaufgaben der Krankenkasse zur Durchführung der HzV

- (1) Die Krankenkasse ist verpflichtet, ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziel der HzV sowie über die jeweils wohnortnahen HAUSÄRZTE zu informieren.
- (2) Die Krankenkasse führt das Verzeichnis der teilnehmenden und ausgeschiedenen HzV-Versicherten („**HzV-Versichertenverzeichnis**“). Sie gleicht die ihr nach Maßgabe von § 6 Abs. 3 und **Anlage 4** übermittelten Teilnahmeerklärung Versicherte gegen ihren Versichertenbestand und gegen das ihr jeweils vorliegende aktuelle HzV-Arztverzeichnis ab. Dieses enthält den jeweils gewählten HAUSARZT und weitere Angaben gemäß **Anlage 4**. Die Krankenkasse ist verpflichtet, der HÄVG das jeweils aktuelle HzV-Versichertenverzeichnis als Grundlage der Versorgung und Abrechnung bis zum 1. Tag des letzten Monats vor Beginn des jeweiligen Abrechnungsquartals bekanntzugeben (1. März, 1. Juni, 1. September und 1. Dezember).
- (3) Die von der Krankenkasse in dem HzV-Versichertenverzeichnis genannten Versicherten gelten mit der Übermittlung des HzV-Versichertenverzeichnisses an die HÄVG mit Wirkung für den HAUSARZT als eingeschrieben. Ärztliche Leistungen gegenüber den in dem HzV-Versichertenverzeichnis genannten Versicherten sind in dem auf den Zugang dieser Mitteilung beim HAUSARZT folgenden Quartal grundsätzlich HzV-vergütungsrelevant im Sinne der **Anlage 3** und dürfen danach abgerechnet werden.
- (4) Die Krankenkasse wird dem Hausärzteverband und MEDI e.V. nach Maßgabe der **Anlage 4** alle Informationen, die diese für die Organisation der Teilnahme der HAUSÄRZTE an der HzV benötigen, zur Verfügung stellen, sofern deren Übermittlung nach datenschutzrechtlichen und sonstigen Vorschriften zulässig ist.

## § 10

### Anspruch des HAUSARZTES auf die HzV-Vergütung

- (1) Der HAUSARZT hat gegen die Krankenkasse einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nach Maßgabe des § 11 sowie der **Anlage 3** vertragsgemäß für die HzV-Versicherten erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten hausärztlichen Leistungen. Die HzV-Vergütung ist innerhalb der in **Anlage 3** geregelten Zahlungsfrist fällig.
- (2) Durch die Teilnahmeerklärung erkennt der Hausarzt an, dass seine Ansprüche auf Auszahlung der HzV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjähren. Diese Frist beginnt mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals, in dem der HAUSARZT die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht hat.
- (3) Die Krankenkasse leistet als Bestandteil der HzV-Vergütung drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal. Die Höhe der Abschlagszahlungen bemisst sich nach den in **Anlage 3** in der jeweils gültigen Fassung getroffenen Bestimmungen. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.).

- (4) Kommt die Krankenkasse mit der Auszahlung der HzV-Vergütung nach Maßgabe dieses § 10 sowie der **Anlage 3** in Verzug, ist der Betrag der dem jeweiligen HAUSARZT geschuldeten HzV-Vergütung gemäß § 288 Abs. 2 BGB zu verzinsen. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens bleibt unberührt.
- (5) Die Vergütungsverpflichtung der Krankenkasse nach dem vorstehenden Abs. 1 und ein Vergütungsanspruch des HAUSARZTES entstehen erst ab dem Zeitpunkt, ab dem mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Bereinigungsregelung nach § 73b Abs. 7 SGB V zu diesem HzV-Vertrag getroffen wurde oder das zuständige Schiedsamt den zu bereinigenden Behandlungsbedarf festgelegt hat, wonach die Krankenkasse von ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung durch diesen HzV-Vertrag insoweit befreit ist. Die Krankenkasse ist verpflichtet, unverzüglich nach Inkrafttreten des HzV-Vertrages eine Bereinigungsregelung mit der Kassenärztlichen Vereinigung anzustreben. Sofern eine Einigung der Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung über eine Bereinigungsregelung nicht zu Stande kommt, ist die Krankenkasse verpflichtet, im Anschluss an die Nicht-Einigung unverzüglich das Schiedsamt anzurufen. Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Vergütungsverpflichtung nach Satz 1 in Kraft tritt, ist der HAUSARZT von seinen vertraglichen Verpflichtungen nach § 3 dieses Vertrages freigestellt. Er ist solange berechtigt, Leistungen gegenüber Versicherten der Krankenkasse gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Verpflichtung zur Einschreibung von Versicherten nach § 6 Abs. 3 bleibt unberührt.
- (6) Die Regelung der HzV-Vergütung gemäß **Anlage 3** tritt – unbeschadet der Regelung in Absatz 5 – am 1. Oktober 2010 in Kraft. Sie gilt zunächst bis zum 30. September 2013. Einigen sich die Krankenkasse und der Hausärzteverband/MEDI e.V. bis spätestens 30. September 2013 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung gemäß **Anlage 3**, gilt die bisherige Vergütungsregelung – eine Weitergeltung des HzV-Vertrages vorausgesetzt - zunächst bis zum 31. Dezember 2014 fort. Einigen sich die Krankenkasse und der Hausärzteverband/MEDI e.V. bis spätestens 30. September 2014 nicht über eine neue Vergütungsregelung, sind sowohl die Krankenkasse als auch der Hausärzteverband/MEDI e.V. berechtigt, gegenüber der jeweils anderen Partei das Schiedsverfahren gemäß § 18 einzuleiten. § 16 Abs. 5 Satz 2 und Absatz 8 gelten entsprechend. Eine Weitergeltung des HzV-Vertrages vorausgesetzt, gelten die Regelungen der Sätze 3 und 4 für sämtliche weitere Einjahreszeiträume, für die die Vergütungsregelungen gemäß der §§ 1 bis 3 der **Anlage 3** oder eine geänderte Vergütungsregelung über den 31. Dezember 2014 fortbesteht.
- (7) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des HAUSARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung der Krankenkasse mit dem Hausärzteverband und MEDI e.V. mit Wirkung für den HAUSARZT und die HÄVG geregelt werden. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. und die Krankenkasse werden dem HAUSARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen des HAUSARZTES und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
- (8) Einigen sich die Krankenkasse, der Hausärzteverband und MEDI e.V. über eine Änderung der Vergütungsregelung gemäß **Anlage 3**, die nicht Absatz 7 unterfällt, teilen der Hausärzteverband, MEDI e.V. und die Krankenkasse dem HAUSARZT den vereinbarten Beginn einer solchen Regelung ebenfalls unter Berücksichtigung der Interessen des HAUSARZTES und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mit. Ist der HAUSARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am HzV-Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zu kündigen (**Sonderkündigungsrecht**). Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der HAUSARZT nicht innerhalb der Kündigungsfrist und rechnet er seine Leistungen weiterhin gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI e.V. ab, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird der Hausärzteverband und MEDI e.V. den HAUSARZT in der Teilnahmeerklärung HAUSARZT sowie bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung ausdrücklich hinweisen.

- (9) Die Vertragspartner sind sich einig, dass der finanzielle Rahmen von 76,00 € (durchschnittliche direkte Vergütung des HAUSARZTES pro eingeschriebenem Versicherten und Quartal) für die Leistungen aus diesem HzV-Vertrag nicht überschritten werden soll. Stellen die Vertragspartner nach Eingang einer Quartalsabrechnung fest, dass die Obergrenze von 76,00 € überschritten worden ist, so wird im Folgequartal unter Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung im hausärztlichen Bereich die kontaktabhängige Pauschale P 2 so angepasst, dass der Grenzwert von 76,00 € nicht überschritten wird. Im Hinblick auf die Vergütungssystematik (Abrechnung Pauschale P 1 im ersten Teilnahmequartal des eingeschriebenen Versicherten, Verrechnung mit Pauschale P 2 im ersten Inanspruchnahmequartal) muss die Durchschnittsberechnung so durchgeführt werden, dass die sich ggf. ergebende Differenz zwischen P 1 und P 2 auf 4 Quartale verteilt wird. Das Nähere regelt **Anhang 5** der **Anlage 3** des HzV-Vertrages.

## § 11

### Abrechnungsverfahren

- (1) Die Abrechnung des HAUSARZTES über die HzV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse erfolgt gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** durch die HÄVG als Abrechnungsdienstleister des Hausärzteverbandes und MEDI e.V.
- (2) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Krankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von ihren sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Die HÄVG ist berechtigt, sich zum Zwecke der Abrechnung eines Rechenzentrums im Sinne der **Anlage 3** zu bedienen.
- (3) Die HÄVG ist berechtigt und gegenüber dem Hausärzteverband, MEDI e.V. und der Krankenkasse verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Abrechnung der HzV-Vergütung nach § 10 Abs. 1 gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 14 dieses HzV-Vertrages bleibt unberührt.
- (4) Die Krankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit schuldbefreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach § 12.

## § 12

### Abrechnungsnachweis, Überzahlungen

- (1) Der HAUSARZT hat der Krankenkasse Überzahlungen nach Maßgabe der **Anlage 3** zu erstatten. Eine Überzahlung ist jede Auszahlung der Krankenkasse, die, z.B. wegen fehlerhafter Abrechnung, den Anspruch des HAUSARZTES auf HzV-Vergütung übersteigt („Überzahlung“).
- (2) Leistungen, die gemäß **Anlage 3** vergütet werden, darf der HAUSARZT nicht zusätzlich gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen („Doppelabrechnung“). Als Doppelabrechnung gilt es auch, wenn die HzV-Leistungen nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht und zusätzlich gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Eine Doppelabrechnung kann zu einem Schaden der Krankenkasse führen. Der HAUSARZT hat einen solchen Schaden nach Maßgabe der §§ 249 ff. BGB zu ersetzen.
- (3) Die Krankenkasse ist gegenüber dem HAUSARZT berechtigt, den Betrag der Überzahlung bzw. einen Anspruch nach dem vorstehenden Absatz 2 Satz 3 gegenüber dem HzV-Vergütungsanspruch des jeweiligen HAUSARZTES in den auf die Zahlungsaufforderung fol-

genden Abrechnungszeiträumen zu verrechnen. Sie hat die Aufrechnungserklärung gegenüber der HÄVG mit Wirkung für den HAUSARZT abzugeben und entsprechend den Vorgaben über die Abrechnungsrüge gemäß **Anlage 3** zu erläutern.

- (4) Die Krankenkasse darf von dem sich aus der letzten Abrechnung vor Beendigung der HzV-Teilnahme des HAUSARZTES ergebenden Anspruch auf HzV-Vergütung 20 % zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen wegen Überzahlungen und Schadensersatzansprüchen wegen Doppelabrechnungen einbehalten („**Sicherungseinbehalt**“). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherheitseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherheitseinhalts nicht infolge einer Verrechnung bereits erloschen ist, an den HAUSARZT über die HÄVG ausgezahlt. Darüber hinaus bestehende vertragliche und gesetzliche Rückzahlungs- und Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.
- (5) Weitere Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens regelt **Anlage 3**.
- (6) Die §§ 10 bis 14 in Verbindung mit der **Anlage 3** gelten auch nach Beendigung des HzV-Vertrages mit Wirkung für den HAUSARZT und die HÄVG fort, bis die HzV-Vergütung des HAUSARZTES vollständig abgerechnet und ausgezahlt ist.

### **§ 13 Praxisgebühr**

- (1) Der HAUSARZT ist verpflichtet, die gesetzliche Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V („**Praxisgebühr**“) von HzV-Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä in ihrer jeweils geltenden Fassung für die Krankenkasse einzuziehen. Der HAUSARZT ist danach insbesondere nicht berechtigt, auf die Praxisgebühr zu verzichten oder einen anderen Betrag als die Praxisgebühr zu erheben.
- (2) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. werden die Abrechnung der Praxisgebühr im Zusammenhang mit der Abrechnung der HzV-Vergütung nach Maßgabe der **Anlage 3** durchführen.
- (3) Soweit der HAUSARZT seinen Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit dem § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung genügt hat und dies nicht zur erfolgreichen Einziehung der Praxisgebühr vom HzV-Versicherten geführt hat, obliegt der Krankenkasse der weitere Zahlungseinzug der Praxisgebühr bei den HzV-Versicherten.
- (4) Die Krankenkasse, der Hausärzteverband und MEDI e.V. haben gegenüber dem HAUSARZT Anspruch auf Auskunft, ob und in welchem Umfang die Praxisgebühr bei HzV-Versicherten eingezogen wurde und warum sie gegebenenfalls nicht eingezogen wurde; er bedient sich auch insoweit der HÄVG.

### **§ 14 Verwaltungskostenpauschale**

- (1) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die Durchführung der Abrechnung nach den §§ 10 bis 13 eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe des aus der Teilnahmeerklärung Hausarzt ersichtlichen Prozentsatzes (inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer) seiner HzV-Vergütung („**Verwaltungskostenpauschale**“) an den Hausärzteverband und MEDI e.V. als Gesamtgläubiger zu zahlen.
- (2) Die HÄVG hat ihrerseits gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI e.V. einen Anspruch auf Zahlung einer Vergütung in Höhe der von dem HAUSARZT nach Absatz 1 dieses § 14 zu zahlenden Verwaltungskostenpauschale (inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer). Zur Abkürzung der Zahlungswege verrechnet die HÄVG als Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes

und MEDI e.V. deren Anspruch auf die Verwaltungskostenpauschale nach dem vorstehenden § 14 Abs. 1 mit dem Auszahlungsbetrag der HzV-Vergütung nach dem vorstehenden § 11 Abs. 3 und behält die Verwaltungskostenpauschale ein. Die HÄVG ist sodann berechtigt, sich zur Erfüllung ihres Anspruches gemäß Satz 1 dieses § 14 Abs. 2 aus dem Einbehalten zu befriedigen. Die Sätze 1 und 2 dieses Absatzes begründen einen eigenen vertraglichen Anspruch der HÄVG, dem nur unstreitige Gegenrechte entgegengehalten werden dürfen.

- (3) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sowie die HÄVG stellen der Krankenkasse die Abrechnungsleistungen nicht in Rechnung.

## **§ 15 Beirat**

- (1) Die Durchführung dieses HzV-Vertrages wird von einem Beirat begleitet, der aus 8 Vertretern (4 Vertretern der Krankenkasse und 4 Vertretern des Hausärzteverbandes und MEDI e.V.) besteht. Jedes Beiratsmitglied hat das Recht, nicht stimmberechtigte Fachleute zur Beratung hinzuziehen. Die Beiratsmitglieder der Krankenkasse können von dieser und die Beiratsmitglieder des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. können von diesen jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Einzelheiten regelt die Geschäftsordnung des Beirats.
- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden. Er ist auf Antrag eines Beiratsmitglieds einzuberufen.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat insbesondere folgende Aufgaben:
  - a) Unterbreitung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte und Vertragsprozesse;
  - b) Bewertung und gegebenenfalls Zustimmung zu Vertragsänderungen nach § 17;
  - c) Empfehlungen zur Kündigung gegenüber einem HAUSARZT aus wichtigem Grunde nach Stellungnahme des HAUSARZTES nach § 5 Abs. 3;
  - d) Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit.
- (5) Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Der Beirat hat eine Geschäftsstelle.

## **§ 16 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt unbeschadet des nachfolgenden Absatzes am 15. April 2010 in Kraft. Mit Inkrafttreten des HzV-Vertrages sind die Teilnahme des HAUSARZTES nach § 4 sowie die Einschreibung von Versicherten durch den HAUSARZT nach § 6 Abs. 3 zulässig.
- (2) Die **Anlage 3** tritt am 1. Oktober 2010 in Kraft. Die Pflichten gemäß den §§ 10 bis 14 sowie gemäß § 3 Abs. 3 bis 5 gelten ebenfalls erst vom 1. Oktober 2010 an.
- (3) Die Laufzeit dieses HzV-Vertrages ist unbefristet.

- (4) Der HzV-Vertrag kann von der Krankenkasse, dem Hausärzteverband, MEDI e.V., der HÄVG und MEDIVERBUND ordentlich mit einer Frist von 6 Monaten zum Halbjahres- oder Jahresende gekündigt werden, erstmals jedoch zum 30. September 2013.
- (5) Kommt nach ordentlicher Kündigung des HzV-Vertrages gemäß dem vorstehenden Absatz 4 bis sechs Monate vor Ablauf der Vertragsrestlaufzeit ein HzV-Vertrag zwischen der Krankenkasse, dem Hausärzteverband und MEDI e.V. nicht zustande und beantragen der Hausärzteverband und MEDI e.V. nach § 73 b Abs. 4 i.V.m. Abs. 4 a SGB V oder einer an dessen Stelle tretenden Regelung, die einen Anspruch auf einen Vertragsabschluss regelt, die Durchführung eines Schiedsverfahrens, gelten die Bestimmungen dieses HzV-Vertrages solange fort, bis in diesem Schiedsverfahren eine Entscheidung über die Fortgeltung oder Anpassung des Vertrags getroffen worden ist. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt insbesondere
  - a) der Verstoß der Krankenkasse, des Hausärzteverbandes, MEDI e.V. oder der HÄVG gegen eine ihnen nach diesem Vertrag obliegende wesentliche Verpflichtung, der nicht innerhalb eines Monats nach Zugang einer schriftlichen Aufforderung durch die Krankenkasse, den Hausärzteverband, MEDI e.V. oder die HÄVG, je nachdem gegenüber welcher Partei die entsprechende Verpflichtung besteht, beseitigt wird;
  - b) die Krankenkasse oder der Hausärzteverband und MEDI e.V. ihre Zahlungen im Sinne der Insolvenzordnung einstellt, über das Vermögen der Krankenkasse oder des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. ein Insolvenzverfahren eröffnet oder ein diesbezüglicher Antrag gestellt wird und die betreffende Partei trotz entsprechender Aufforderung die offenbare Unbegründetheit des Antrages nicht binnen angemessener Frist nachweist.
- (6) Die Kündigung des HzV-Vertrages durch die Krankenkasse oder durch den Hausärzteverband und MEDI e.V. beendet den HzV-Vertrag mit Wirkung für sämtliche HzV-Partner nach Maßgabe dieses § 16. Im Falle einer Kündigung entweder nur durch den Hausärzteverband oder nur durch MEDI e.V. wird der HzV-Vertrag zwischen den übrigen HzV-Partnern fortgeführt.
- (7) Kündigt die HÄVG oder MEDIVERBUND diesen HzV-Vertrag, wird dieser HzV-Vertrag zwischen den übrigen HzV-Partnern fortgesetzt. Im Falle einer Kündigung der HÄVG wird MEDIVERBUND Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes und von MEDI e.V. und übernimmt die Aufgaben der HÄVG nach diesem HzV-Vertrag (vgl. § 2 Abs. 4 dieses HzV-Vertrages); kündigt auch MEDIVERBUND diesen HzV-Vertrag, übernehmen der Hausärzteverband und MEDI e.V. als Gesamtschuldner die Aufgaben der HÄVG solange selbst, bis sich der Hausärzteverband und MEDI e.V. auf eine neue Dienstleistungsgesellschaft im Sinne dieses Vertrages geeinigt haben und die Krankenkasse dem Vorschlag des Vertragsbeitritts einer neuen Dienstleistungsgesellschaft nicht innerhalb einer angemessenen, vom Hausärzteverband und MEDI e.V. gesetzten Frist widersprochen hat; ein Widerspruch darf nur aus wichtigem Grunde erfolgen. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. handeln insoweit mit Wirkung für die Hausärzte.
- (8) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. informieren den HAUSARZT über eine nach § 16 erklärte Kündigung, die Krankenkasse informiert die HzV-Versicherten.

## § 17

### Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Die Krankenkasse, der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für alle übrigen HzV-Partner mit angemessener Vorlaufzeit nach Maßgabe der folgenden Absätze 2 und 3 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung der HzV nach diesem Vertrag zwingend erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die HAUSÄRZTE zugestimmt hat.
- (2) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. werden solche Änderungen den HAUSÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 2 Monaten seit Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der HAUSARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn und soweit sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche nachteiligen Änderungen gelten als genehmigt, wenn der HAUSARZT nicht schriftlich gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI e.V. oder der in der Bekanntmachung zur Entgegennahme des Widerspruchs benannten Stelle Widerspruch erhebt; auf diese Folge werden der Hausärzteverband und MEDI e.V. bei der Bekanntmachung nach Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der HAUSARZT seinen Widerspruch innerhalb von 2 Monaten nach Bekanntgabe der Änderung absendet. Widerspricht der HAUSARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, sind der Hausärzteverband und MEDI e.V. zur Kündigung dieses HzV-Vertrages gegenüber dem HAUSARZT mit Wirkung für alle HzV-Partner berechtigt. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigungserklärung folgt. Die Kündigung führt zum Ausscheiden des jeweiligen HAUSARZTES aus der HzV.
- (3) Vertragsänderungen im Sinne des Absatzes 1, die die Rechtsposition des HAUSARZTES ausschließlich verbessern, können von der Krankenkasse, dem Hausärzteverband und MEDI e.V. gemeinsam ohne Zustimmung des HAUSARZTES vereinbart werden. Der Hausärzteverband wird den HAUSÄRZTEN die Vertragsänderungen und den Beginn ihrer Wirksamkeit mit einer unter Berücksichtigung ihrer Interessen angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.

## § 18

### Schiedsklausel

Die Krankenkasse, der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind verpflichtet, bei allen Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem HzV-Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, vor Klageerhebung das in der **Anlage 7 (Schiedsverfahren)** näher geregelte Schiedsverfahren durchzuführen.

## § 19

### Haftung und Freistellung

- (1) Die Haftung der Krankenkasse, des Hausärzteverbandes, von MEDI e.V., der HÄVG und von MEDIVERBUND und ihrer Erfüllungsgehilfen für die Erfüllung der in diesem Vertrag geregelten Pflichten bei einfacher Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen, soweit nicht gegen wesentliche Vertragspflichten verstoßen wird oder eine Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit vorliegt. Die Haftung bei Verstoß gegen wesentliche Vertragspflichten ist auf den vorhersehbaren Schaden begrenzt.
- (2) Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen HzV-Vertrag nicht begründet.

- (3) Die Krankenkasse haftet gegenüber dem Hausärzteverband, MEDI e.V. und ihren Erfüllungsgehilfen, darunter insbesondere gegenüber der HÄVG, im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses HzV-Vertrages dafür, dass etwaige von ihr zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte richtig, vollständig und aktuell sind. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für die Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die Krankenkasse wird den Hausärzteverband, MEDI e.V. und ihre Erfüllungsgehilfen, darunter insbesondere die HÄVG, insofern von sämtlichen Ansprüchen Dritter freistellen. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch den Hausärzteverband, MEDI e.V. oder ihrer Erfüllungsgehilfen inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung.
- (4) Freistellung nach diesem § 19 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche. Die Krankenkasse ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 19 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem HzV-Vertrag gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI e.V. geltend zu machen.

## **§ 20**

### **Datenschutz**

- (1) Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten („**Patientendaten**“) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen, sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten („**Versichertendaten**“) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse im Sinne von § 67 Abs. 1 Satz 2 SGB X sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches, insbesondere §§ 67 b Abs. 2, 78 a SGB X zu beachten.
- (2) Die Krankenkasse, der Hausärzteverband, die HÄVG, MEDI e.V. und MEDIVERBUND schließen zur Durchführung dieses HzV-Vertrages im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Bestimmungen den in der **Anlage 8** geregelten gesonderten Datenschutzvertrag, in dem die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, detailliert geregelt werden. Diese Anforderungen sollen in einem Datenschutzkonzept weiterentwickelt werden.

## **§ 21**

### **Qualitätssicherung und Prüfwesen**

Die Krankenkasse, der Hausärzteverband und MEDI e.V. legen die in **Anlage 9** aufgeführten Maßnahmen zur Prüfung der Qualitätssicherung in der HzV fest.

## **§ 22**

### **Schlussbestimmungen**

- (1) Die HzV-Partner sind verpflichtet, die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit zu unterstützen und ihre Mitarbeiter in Fragen der Durchführung dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) Die HzV-Partner sind sich darüber einig, dass beim Abschluss dieses Vertrages nicht alle Möglichkeiten, die sich aus der künftigen wirtschaftlichen Entwicklung oder aus Änderungen von gesetzlichen Bestimmungen oder sonstigen für das Vertragsverhältnis wesentlichen Umständen ergeben können, vorausgesehen und erschöpfend geregelt werden können. Sie sichern sich gegenseitig zu, die in diesem Vertrag getroffenen Vereinbarungen in diesem Sinne zu erfüllen und etwa in Zukunft eintretenden Änderungen der Verhältnisse oder völlig

neu eintretenden Umständen nach den allgemeinen Grundsätzen von Treu und Glauben Rechnung zu tragen. Die HzV-Partner stimmen insbesondere darin überein, dass die im HzV-Vertrag genannten Fristen zur gegenseitigen Lieferung von Daten und Informationen einvernehmlich anzupassen sind, wenn sich praktische Abläufe oder gesetzliche Vorgaben verändern. Die Vertragsparteien werden sich bemühen, Informationen und Unterlagen gegenseitig jeweils so frühzeitig wie möglich zur Verfügung zu stellen, um eine möglichst frühzeitige Information der HAUSÄRZTE sicherzustellen.

- (3) Sollten einzelne Bestimmungen dieses HzV-Vertrages ganz oder teilweise aus einem anderen als dem in § 306 BGB in Verbindung mit § 61 SGB X bestimmten Grund unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die HzV-Partner verpflichten sich in diesem Fall, die unwirksame oder undurchführbare Regelung durch eine Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Regelung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken. In einem solchen Fall findet das in § 16 vorgesehene Verfahren zur Vertragsänderung Anwendung.
- (4) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem HzV-Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.

## **§ 23 Anlagenverzeichnis**

Die folgenden Anlagen sind Bestandteil des HzV-Vertrages:

<b>Anlage 1</b>	Vertragssoftware
<b>Anlage 2</b>	Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen
<b>Anlage 2a</b>	Wirtschaftliches Hilfsmittelmanagement (in gemeinsamer Absprache noch zu erstellen)
<b>Anlage 3</b>	HzV-Vergütung und Abrechnung
<b>Anlage 4</b>	Prozessbeschreibung
<b>Anlage 5</b>	Infopaket und Starterpaket
<b>Anlage 6</b>	Teilnahmeerklärung Versicherter und Teilnahmebedingungen Versicherte
<b>Anlage 7</b>	Schiedsverfahren
<b>Anlage 8</b>	Datenschutzvertrag
<b>Anlage 9</b>	Prüfwesen im Sinne von § 73 b Abs. 5 Satz 5 SGB V

Diese **Anlage 1** regelt die Anforderungen an die Erstellung und Nutzung der Vertragssoftware gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 und ihre Zulassung gemäß § 8 Abs. 2 des HzV-Vertrages. Sie wird durch fortlaufende nach Maßgabe von § 4 dieser **Anlage 1** aktualisierte Anforderungskataloge konkretisiert.

Die HÄVG wird im Rahmen dieser Anlage 1 als Dienstleistungsgesellschaft für den Hausärzterverband und MEDI tätig.

## **§ 1 Vertragssoftware**

- (1) Vertragssoftware im Sinne dieser **Anlage 1** zum HzV-Vertrag dient zur Durchführung der HzV einschließlich der Abrechnung der HzV-Vergütung. Die Nutzung der Vertragssoftware ist für den HAUSARZT nach Maßgabe des HzV-Vertrages vom 1. Juli 2010 an verpflichtend (vgl. § 3 Abs. 2 h) des HzV-Vertrages).
- (2) Softwareprogramme, die als Vertragssoftware im Sinne von § 8 des HzV-Vertrages zugelassen werden können, müssen vertragspezifische Funktionen aufweisen, die in einem veröffentlichten Anforderungskatalog Vertragssoftware („**Anforderungskatalog Vertragssoftware**“) im Sinne der folgenden §§ 2 bis 4 dieser **Anlage 1** definiert sind. Die Veröffentlichung des Anforderungskataloges erfolgt in der Regel jeweils zur Mitte des aktuellen Quartals für das Folgequartal auf einer von dem Rechenzentrum der Dienstleistungsgesellschaft (vgl. **Anlage 3**) betriebenen Internetseite in einem passwortgeschützten Bereich, zu dem die Krankenkasse und Softwarehersteller nach Registrierung Zugang haben. Mit Veröffentlichung sind die Vorgaben des Anforderungskataloges für Vertragssoftware mit Wirkung zum Folgequartal für sämtliche Softwarehersteller verbindlich, die Softwareprogramme als Vertragssoftware zulassen wollen.
- (3) Der HAUSARZT darf nur zugelassene Vertragssoftware nutzen. Die Dienstleistungsgesellschaft lässt Vertragssoftware im Sinne des HzV-Vertrages diskriminierungsfrei zu, wenn sie den von der Krankenkasse, dem Hausärzterverband und MEDI und der Dienstleistungsgesellschaft abgestimmten Anforderungskatalog Vertragssoftware erfüllt. Die Erstellung des technischen Anforderungskataloges Vertragssoftware erfolgt durch die Dienstleistungsgesellschaft im Auftrag des Hausärzterverbandes und MEDI. Bei Verstoß gegen die Vorgaben des Anforderungskataloges darf die Dienstleistungsgesellschaft die Zulassung der Vertragssoftware mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, bis die Anforderungen erfüllt werden.
- (4) Die Liste der als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der HAUSARZT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf den Internetseiten der Dienstleistungsgesellschaft abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt. Die Preise für die Anschaffung und Nutzung der Vertragssoftware erfährt der HAUSARZT bei deren Anbietern. Sämtliche Kosten der Vertragssoftware und Hardware sowie für deren Nutzung trägt der HAUSARZT. Für die Nutzung der Online-Anbindung entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der HAUSARZT mit seinem Anbieter getroffen hat.

## § 2

### Mindestanforderungen an die Vertragssoftware für eine Zulassung mit Q3/2010

- (1) Zum 3. Quartal im Jahr 2010 (Q3/2010) enthält der Anforderungskatalog Vertragssoftware die folgenden Pflichtfunktionen:

Erfassung der Versichertenstammdaten mit einer gemäß BMV-Ä zertifizierten Software und Einschreibung von Versicherten gemäß den folgenden Vorgaben:

- Erfassung der Versichertenstammdaten über die Krankenversichertenkarte gemäß den §§ 291, 291 a SGB V, soweit jeweils einschlägig;
- Erfassen der Versichertenstammdaten über das Ersatzverfahren;
- Erfassen der Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtstag, Status, Kassenummer, Gültigkeit Versichertenkarte, Betriebsstättennummer, LANR und HÄVG-ID des HAUSARZTES;
- Bedruckung der Teilnahmeerklärung Versicherte bzw. des Versicherteneinschreibe-Belegs nach Vorgaben des Rechenzentrums der Dienstleistungsgesellschaft;
- Online-Übermittlung der Einschreibedaten (Teilnahmeerklärung Versicherte nach Vorgaben des Rechenzentrums der Dienstleistungsgesellschaft);
- Online-Prüfung der HzV-Teilnahme eines Versicherten;

## § 3

### Mindestanforderungen mit Q4/2010 und Folgequartale

- (1) Zum 4. Quartal im Jahr 2010 (Q4/2010) enthält der Anforderungskatalog Vertragssoftware die folgenden Pflichtfunktionen:

HzV-Abrechnung auf Basis der nachstehenden Vorgaben und sich daraus ergebender Prüfregeln, insbesondere:

- Erfassung der Pauschalen und Einzelleistungen (gemäß den Vorgaben der **Anlage 3**) einschließlich der Angabe des Leistungsdatums und inklusive Uhrzeitangabe, soweit nach **Anlage 3** erforderlich;
- Erfassung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen jeweils geltenden deutschen Fassung;
- Arztbezogene Erzeugung von Abrechnungs- und Diagnosedaten (einschließlich LANR und BSNR). Verschlüsselung und Übermittlung der Daten an das Rechenzentrum gemäß **Anlage 3** gemäß den Vorgaben des Re-

chenzentrums der Dienstleistungsgesellschaft. Die Vorgaben nach Satz 1 werden auf einer von dem Rechenzentrum der Dienstleistungsgesellschaft (vgl. **Anlage 3**) betriebenen Internetseite in einem passwortgeschützten Bereich, zu dem die Krankenkasse und Softwarehersteller nach Registrierung Zugang haben, veröffentlicht;

Beachtung der folgenden Vorgaben für die Verordnung von Arzneimitteln:

- Freiheit von pharmazeutischer Werbung (insbesondere Werbung von Arzneimittelherstellern) im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln;
  - Einhaltung der Vorgaben des § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V. Eine Zulassung von Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist dabei abweichend von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V nicht erforderlich, damit sie von HAUSÄRZTEN genutzt werden kann.
- (2) Pflichtfunktion ab Q4/2010 ist außerdem die Prüfung, die Verschlüsselung und die Übermittlung der Abrechnungsdaten unter Verwendung eines von der Dienstleistungsgesellschaft zur Verfügung gestellten Software-Moduls („**gekapselter Kern**“). Der gekapselte Kern kann quartalsweise auf Grundlage eines zwischen der Krankenkasse, dem Hausärzteverband, MEDI und der Dienstleistungsgesellschaft abgestimmten Anforderungskataloges weiterentwickelt werden („**Anforderungskatalog Kern**“). Näheres regelt der folgende § 4. Der Anforderungskatalog Kern enthält Betriebsgeheimnisse der Dienstleistungsgesellschaft und der Krankenkasse und wird nicht veröffentlicht, sondern im gekapselten Kern umgesetzt.
- (3) Der gekapselte Kern kann neben den in Absatz 1 genannten Funktionen gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 des HzV-Vertrages insbesondere folgende Funktionen als Pflichtfunktionen enthalten:
- a) kassenspezifische Substitutionsalgorithmen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise;
  - b) kassenspezifische Listen des Arzneimittelmoduls;
  - c) Bereitstellung von Stammdaten (z.B. IK-Listen);
  - d) Online-Aktualisierungsfähigkeit.
- Die Informationen nach lit. a) bis lit. c) stellt die Krankenkasse der Dienstleistungsgesellschaft zur Implementierung in den gekapselten Kern rechtzeitig zur Verfügung.
- (4) Der gekapselte Kern wird an der Zulassung von Vertragssoftware interessierten Softwareherstellern von der Dienstleistungsgesellschaft auf Grundlage einer Lizenzvereinbarung überlassen. Der gekapselte Kern wird in die in der Vertragssoftware definierten Schnittstellen eingebunden. Die Dienstleistungsgesellschaft kann mit der Entwicklung des gekapselten Kerns Dritte beauftragen. Die Bereitstellung des gekapselten Kerns bzw. der Abschluss der Lizenzvereinbarung mit Softwareherstellern, die den gekapselten Kern implementieren wollen, erfolgen diskriminierungsfrei.

#### **§ 4**

### **Verfahren zur Abstimmung der Anforderungskataloge Vertragssoftware und Kern**

- (1) Der Anforderungskatalog Vertragssoftware für Q3/2010 und Q4/2010 enthält die in §§ 2 und 3 genannten Anforderungen und bedarf dabei keiner weiteren Abstimmung. Der gekapselte Kern bedarf einer Weiterentwicklung nach den folgenden Absätzen auf Grundlage eines Anforderungskataloges Kern nur hinsichtlich von Funktionen, die noch nicht in den §§ 2 und 3 beschrieben sind. Im Übrigen legen der Hausärzteverband, MEDI, die Krankenkasse und die Dienstleistungsgesellschaft in dem Anforderungskatalog Vertragssoftware Vorgaben für Vertragssoftware und für den gekapselten Kern nach Maßgabe der folgenden Absätze dieses § 4 fest.
- (2) Die Krankenkasse, der Hausärzteverband, MEDI gemeinsam sowie die Dienstleistungsgesellschaft bestimmen jeweils einen technischen Ansprechpartner für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Vertragssoftware in Q1/2011 und den Folgequartalen. Die Ansprechpartner erarbeiten Vorschläge für den jeweiligen Anforderungskatalog und stimmen sich in der Regel mindestens im 4-Wochen-Rhythmus über die Vorschläge und eine angemessene Umsetzungsfrist ab. Sofern Vorgaben für die Vertragssoftware nicht spätestens 12 Wochen vor dem Beginn des jeweiligen Quartals abgestimmt sind, werden diese Vorgaben nicht in den Anforderungskatalog Vertragssoftware für das jeweilige Folgequartal übernommen.
- (3) Der Hausärzteverband und MEDI leiten der Krankenkasse nach Abstimmung im Sinne des vorstehenden Absatzes 2 einen mit der Dienstleistungsgesellschaft bereits abgestimmten Entwurf des Anforderungskataloges Vertragssoftware zu, in dem die jeweils in der Vertragssoftware umzusetzenden, verbindlichen bzw. optionalen Funktionalitäten auf Grundlage abgestimmter Vorschläge nach dem vorstehenden Absatz 2 beschrieben sind. Sofern die Dienstleistungsgesellschaft, die insoweit empfangsbevollmächtigt für den Hausärzteverband und MEDI ist, nicht innerhalb von 2 Wochen nach Zugang des Anforderungskataloges bei der Krankenkasse eine begründete, schriftliche Mängelrüge zugeht, gilt die Umsetzung der Vorgaben der Vertragssoftware in dem Anforderungskatalog als zur Veröffentlichung auf der Internetseite der Dienstleistungsgesellschaft freigegeben.
- (4) Die Entwicklung von neuen Funktionen des gekapselten Kerns erfolgt, wenn nicht zwingende Gründe (z.B. Sicherheitsprobleme, erhebliche Fehler) dagegen sprechen, nicht häufiger als quartalsweise. Die Voraussetzungen für die Entwicklung einer neuen Version sind nur dann gegeben, wenn Änderungen der Anforderungen vorliegen oder technische Gründe für die Entwicklung einer neuen Version sprechen. Für die Beschreibung im Anforderungskatalog Kern gilt eine Frist von 16 Wochen nach Abstimmung der Anforderungen im Sinne des vorstehenden Absatzes 2. Der Anforderungskatalog Kern wird in Anbetracht der in ihm enthaltenen Betriebsgeheimnisse nicht veröffentlicht.

## § 5 Systemvoraussetzungen

Folgende Systemvoraussetzungen werden als Mindestvoraussetzungen für den Computer, auf dem der gekapselte Kern genutzt wird, empfohlen:

<b>Mindestanforderungen Hardware</b>	
Prozessor (CPU)	Pentium 4 mit 1,4 GHz – oder Prozessor mit vergleichbarer/höherer Leistung *
Arbeitsspeicher (RAM)	1024 MB RAM * (Empfohlen 2048 MB RAM)
Drucker	Tintenstrahl- oder Laserdrucker für DIN A4
Laufwerke	DVD-Laufwerk für die Installation
<b>Mindestanforderungen Software</b>	
Betriebssystem	Windows XP mit Servicepack 2 oder höher

\* Angabe gilt für Windows XP: Die erhöhten Mindestanforderungen des Betriebssystems Windows Vista sind zu beachten.

## § 6 Technische Funktionsstörungen

Der Hausärzteverband, MEDI, die Krankenkasse, die Dienstleistungsgesellschaft und MEDIVERBUND leisten keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der Vertragssoftware oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme müssen von dem jeweiligen Anbieter von Vertragssoftware bzw. dem Systemhaus der Hausarztpraxis behoben werden.

## **Einzelheiten zu Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an den HAUSARZT**

### **ABSCHNITT I: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie**

#### **I. Teilnahme an Qualitätszirkeln**

Die „Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“ des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg e. V. (nachfolgend **„Fortbildungskommission Allgemeinmedizin“**), Kölner Str. 18, 70376 Stuttgart, legt Struktur und Inhalte der Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie im Sinne von § 73 b Abs. 2 Nr. 1 SGB V fest, die zur Erfüllung der Pflichten aus § 3 Abs. 3 lit. a) des Vertrages erforderlich sind (**„Qualitätszirkel“**). Nähere Informationen zur Fortbildungskommission Allgemeinmedizin werden auf der Internetseite des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg unter [www.hausarzt-bw.de](http://www.hausarzt-bw.de) oder der Internetseite des Deutschen Hausärzteverbandes unter [www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de) veröffentlicht, jeweils im Bereich Fortbildungskommission Allgemeinmedizin. Die Moderatoren, die Qualitätszirkel leiten, müssen durch eine spezielle Schulung für die Fortbildung in der HzV besonders qualifiziert sein. Der Hausärzteverband Baden-Württemberg und der MEDI e. V. unterstützen die HAUSÄRZTE bei Bedarf beim Anschluss an bestehende und dem Zusammenschluss zu neuen Qualitätszirkeln in ihrer Region.

Je Kalenderjahr müssen HAUSÄRZTE mindestens an vier Qualitätszirkelsitzungen teilnehmen, die indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module mit beinhalten, und bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme je vollendetes Quartal einen Qualitätszirkel besuchen. Eine Ausnahme gilt für Kinder- und Jugendärzte, die insgesamt nur eine solche Qualitätszirkelsitzung pro Jahr besuchen müssen.

### **ABSCHNITT II: Behandlungsleitlinien**

Die Fortbildungskommission Allgemeinmedizin wählt für die hausärztliche Versorgung entwickelte, evidenzbasierte, praxiserprobte Leitlinien im Sinne von § 73 b Abs. 2 Nr. 2 SGB V aus, nach denen die Behandlung in der HzV zur Erfüllung der Pflichten aus dem HzV-Vertrag erfolgt. Die Liste der Behandlungsleitlinien wird auf der Internetseite des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg unter [www.hausarzt-bw.de](http://www.hausarzt-bw.de) oder der Internetseite des Deutschen Hausärzteverbandes unter [www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de) veröffentlicht, jeweils im Bereich Fortbildungskommission Allgemeinmedizin. **Die Liste der Behandlungsleitlinien wird fortlaufend weiterentwickelt. Der HAUSARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.**

**ABSCHNITT III: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V**

Die Dienstleistungsgesellschaft benennt von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin zugelassene, auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrierte Fortbildungsinhalte im Sinne von § 73 b Abs. 2 Nr. 3 SGB V, insbesondere zur patientenzentrierten Gesprächsführung, psychosomatischen Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeinen Schmerztherapie, Geriatrie und Pädiatrie.

Pro Kalenderjahr muss der HAUSARZT mindestens zwei dem vorstehenden Absatz 1 entsprechende Fortbildungsveranstaltungen besuchen. Bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme muss er je Kalenderhalbjahr eine Fortbildungsveranstaltung besuchen.

Kinder- und Jugendärzte müssen im Hinblick auf die reduzierte Verpflichtung zur Teilnahme an Qualitätszirkeln gemäß ABSCHNITT I fünf Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr besuchen. Bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme müssen sie je vollendetes Kalenderhalbjahr zwei Fortbildungsveranstaltungen besuchen.

**ABSCHNITT IV: Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems**

Gemäß des HzV-Vertrages ist der HAUSARZT zur Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagement-Systems im Sinne von § 73 b Abs. 2 Nr. 4 SGB V verpflichtet:

Derzeit in der Praxis des HAUSARZTES eingerichtete Qualitätsmanagement-Systeme genießen bis zum 1. Januar 2011 Bestandsschutz und erfüllen somit die Voraussetzungen des HzV-Vertrages.

Die von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin ausgewählte hausarztspezifische Indikatoren auf der Internetseite des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg unter [www.hausarzt-bw.de](http://www.hausarzt-bw.de) oder auf der Internetseite des Deutschen Hausärzteverbandes unter [www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de) jeweils im Bereich Fortbildungskommission Allgemeinmedizin veröffentlicht. Qualitätsmanagement-Systeme, die in der Praxis des HAUSARZTES genutzt werden, müssen ab 1. Januar 2011 diesen Anforderungen genügen.

**ABSCHNITT V: Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen**

Der HAUSARZT ist verpflichtet, nicht nur formal durch Registrierung, sondern aktiv an strukturierten Behandlungsprogrammen der Krankenkasse bei chronischen Krankheiten nach § 137 f SGB V teilzunehmen. Aktive Teilnahme des HAUSARZTES bedeutet die

Information der HzV-Versicherten über diese Programme und die Motivation zur Teilnahme an diesen Programmen einschließlich der Einschreibung von HzV-Versicherten:

Bei Vertragsteilnahme ab 1. Januar 2011 ist die Registrierung als Teilnehmer an den DMP Diabetes Typ 2, KHK, Asthma bronchiale/COPD Voraussetzung für die Vertragsteilnahme (§ 3 des HzV-Vertrages). Kinder- und Jugendärzte sind zu jedem Zeitpunkt zur aktiven Teilnahme an DMP Asthma verpflichtet.

#### **ABSCHNITT VI: Psychosomatische Grundversorgung**

Gemäß des HzV-Vertrages ist der HAUSARZT zum Nachweis der Qualifikation zur Anwendung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bei HzV-Versicherten bis zum 31. Dezember 2011 verpflichtet. Ab diesem Zeitpunkt ist die entsprechende Qualifikation Voraussetzung für die Vertragsteilnahme. Erfolgt der entsprechende Nachweis der Qualifikation nicht fristgemäß, ist die Dienstleistungsgesellschaft zur Beendigung der Vertragsteilnahme des HAUSARZTES berechtigt.

Die nach Absatz 1 erforderliche Qualifikation richtet sich nach der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 5 Abs. 6 der Anlage 1 BMV Ä) in der jeweils gültigen Fassung (Psychotherapievereinbarung) oder einer von der Fortbildungskommission Allgemeinmedizin gegebenenfalls noch zu entwickelnden Psychosomatik-Qualifikation, die gegenüber der Psychotherapievereinbarung veränderte Vorgaben unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der hausärztlichen Tätigkeit enthalten wird.

#### **ABSCHNITT VII: Fortbildung im Bereich der Geriatrie**

Gemäß des HzV-Vertrages ist der HAUSARZT zur Fortbildung im Bereich der Geriatrie bei HzV-Versicherten bis zum 31. Dezember 2011 verpflichtet. Ab diesem Zeitpunkt ist die entsprechende Fortbildung Voraussetzung für die Vertragsteilnahme. Erfolgt die entsprechende Fortbildung nicht fristgemäß, ist die Dienstleistungsgesellschaft zur Beendigung der Vertragsteilnahme des HAUSARZTES berechtigt.

Die Fortbildungskommission Allgemeinmedizin legt Struktur und Inhalte der Fortbildung im Bereich der Geriatrie fest, die zur Erfüllung der Pflichten aus § 3 Abs. 2 lit. d) des Vertrages erforderlich sind.

## Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

### § 1 HzV-Vergütungspositionen

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

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

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

Leistung Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<b>Pauschalen</b>			
P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages</li> <li>▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres ist von der P1 umfasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ 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,</li> </ul>	65,00 EUR

		<p>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-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><b>Voraussetzung:</b> Wird nur dem Betreuarzt („<u>Betreuarzt</u>“) vergütet</p>	
<p><b>P2</b> Kontaktabhängige Pauschale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</li> <li>▪ Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HzV-Vertrages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> <li>▪ Im ersten Versichertenteilnahmequartal eines Versichertenteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versichertenteilnahmejahres</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	40,00 EUR
<p><b>P3</b> Zuschlag für chronisch kranke Patienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung von chronisch kranken Patienten</li> <li>▪ Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser <b>Anlage 3</b> ist derjenige Patient, der mindestens eines der nachfolgenden Krankheitsbilder aufweist: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz</li> <li>• Chronische Niereninsuffizienz</li> <li>• Schlaganfall und Folgeschäden</li> <li>• Demenz</li> <li>• Hypertensive Herz- und Nierenerkrankungen</li> <li>• Depression</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur für chronisch kranke Patienten gemäß dieser <b>Anlage 3</b> mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	30,00 EUR

	<b>und</b> für den mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose gemäß <b>Anhang 2</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> übermittelt wurde		
<b>Vertreterpauschale</b>	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar</li> <li>▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Vertreterarzt („<b>Vertreterarzt</b>“) vergütet</li> </ul>	17,50 EUR
<b>Zielauftragspauschale</b>	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar</li> <li>▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	17,50 EUR
<b>Zuschläge</b>			
<b>Z1 Präventions-Zuschlag</b>	Durchführung einer der folgenden Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien</li> <li>▪ Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie</li> <li>▪ Krebsfrüherkennung Frau (GOP 01730 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien</li> <li>▪ Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr</li> <li>- Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr</li> <li>- Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr</li> <li>- Krebsfrüherkennung Frau: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 20. Lebensjahr</li> </ul> </li> </ul>	04,00 EUR

	<b>Anlage 3):</b> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien		
<b>Z2</b> <b>VERAH-Zuschlag auf P3</b>	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr)</li> <li>▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in <b>Anhang 4</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> geregelt</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuers verfügt über die Qualifikation VERAH</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuer vergütet</li> </ul>	05,00 EUR
<b>Z3</b> <b>Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2</b>	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr), sofern die in <b>Anhang 3</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> genannten Quoten erfüllt sind.</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuer vergütet</li> </ul>	04,00 EUR
<b>Einzeleinstellungen</b>			
<b>01100</b> <b>Unvorhergesehene Inanspruchnahme I</b>	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder</li> <li>▪ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar</li> <li>▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden</li> </ul>	25,00 EUR
<b>01101</b> <b>Unvorhergesehene Inanspruchnahme II</b>	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder</li> <li>▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. De-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar</li> <li>▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden</li> </ul>	40,00 EUR

	zember oder am 31. Dezember zwi- schen 19:00 – 07:00 Uhr		
<b>01611</b> Verordnung von me- dizinischer Rehabili- tation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 01611)		38,00 EUR
<b>02300</b> Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversor- gung und/oder Epila- tion	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02300)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abre- chenbar mit 02301 und 02302</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerech- net werden *</li> </ul>	08,00 EUR
<b>02301</b> Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversor- gung und/oder Epila- tion	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02301)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abre- chenbar mit 02300 und 02302</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerech- net werden *</li> </ul>	16,00 EUR
<b>02302</b> Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversor- gung und/oder Epila- tion	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02302)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abre- chenbar mit 02300 und 02301</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerech- net werden *</li> </ul>	30,00 EUR
<b>03240</b> Hausärztlich- geriatrisches Basis- assessment	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 03240)	Max. 2 x pro Versichertenteil- nahmejahr	17,00 EUR
<b>03321</b> Belastungs- Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 03321)		26,00 EUR
<b>33012</b> Schilddrüsen- Sonographie	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 33012)		11,00 EUR
<b>33042</b> Abdominelle Sono- graphie	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 33042)	Max. 1 x pro Quartal	21,00 EUR
<b>35100</b> Differentialdiagnosti- sche Klärung psy- chosomatischer Krankheitszustände	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 35100)	Nicht am selben Tag abrechen- bar mit 35110	20,00 EUR
<b>35110</b> Verbale Intervention bei psychosomati- schen Krankheitszu- ständen	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 35110)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abre- chenbar mit 35100</li> <li>▪ Max. 3 x am Tag</li> </ul>	20,00 EUR

<b>Überprüfung Impfstatus</b>	Überprüfung Impfstatus (inkl. „Abstempeln“ Bonusheft)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Max. 1 x</b> innerhalb von 2 Kalenderjahren</li> <li><b>Voraussetzung:</b> Wird nur dem <b>Betreuarzt</b> vergütet</li> </ul>	10,00 EUR
-------------------------------	---	---	-----------

\* 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.

<b>Begrifflichkeit</b>	<b>Beschreibung</b>
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes 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 die Dienstleistungsgesellschaft). 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"> <li>• Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder</li> <li>• Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder</li> <li>• MVZ untereinander</li> </ul> zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparatgemeinschaften 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 zunächst bis zum 30. September 2013 (§ 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 Hausärzterverband und MEDI e.V. keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

#### II. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB 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. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

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

- (1) Der HAUSARZT rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen, von der HzV erfassten Leistungen abgedeckt.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die eingeschriebenen Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses HzV-Vertrages zu erbringen. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erfolgen.
- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

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

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 Baden-Württemberg abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 2 des HzV-Vertrages.

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

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 Baden-Württemberg geschlossenen „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“.

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

#### Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

- (1) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**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 Prüffrist der HÄVG schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
  - a) Erfolgt innerhalb der Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.

- b) Erfolgt innerhalb der 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. § 12 des HzV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
- (2) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband und MEDI e.V. benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband und MEDI e.V. spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (3) Die Krankenkasse leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 13,50 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.).
- (4) Die Krankenkasse kann gegenüber der HÄVG binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

## § 5 Praxisgebühr

- (1) Der HAUSARZT ist verpflichtet, die gesetzliche Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) von HzV-Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä in ihrer jeweils geltenden Fassung für die Krankenkasse einzuziehen, sofern die Krankenkasse in den Teilnahmebedingungen Versicherte nicht auf die Praxisgebühr verzichtet hat und er hiervon Kenntnis hat. Der HAUSARZT ist nicht berechtigt, die Erhebung der Praxisgebühr zu unterlassen 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 in der HzV nach Maßgabe dieser **Anlage 3** abrechnungsfähigen Leistungen auch Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg abrechnet, wird hierdurch keine zusätzliche Praxisgebühr für diese HzV-Versicherten ausgelöst. Entsprechend ist der HAUSARZT verpflichtet, bei der Abrechnung dieser Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eine Befreiung zu dokumentieren.
  - b) Der HAUSARZT dokumentiert bei der Abrechnung in der Vertragssoftware, ob die Praxisgebühr erfolgreich eingezogen wurde und einen etwaigen Befreiungsgrund gemäß § 18 Abs. 1 BMV-Ä in der jeweiligen Fassung. Er übermittelt die entsprechenden Informationen mit der HzV-Abrechnung an die HÄVG gemäß den Vorgaben der Tabelle unter Absatz 3 dieses § 5.

- c) Der HAUSARZT hat die Praxisgebühr, die ein HzV-Versicherter entrichtet hat, einzubehalten. Die HÄVG ist im Rahmen der für den Hausärzteverband und MEDI e.V. durchgeführten Abrechnung berechtigt und verpflichtet, den einbehaltenen Betrag der in der Vertragssoftware jeweils dokumentierten Praxisgebühr mit dem Anspruch des HAUSARZTES auf die HzV-Vergütung des HAUSARZTES mit schuldbefreiender Wirkung für den HAUSARZT zu verrechnen.
- (2) 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 erfüllt hat und der HzV-Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb einer vom HAUSARZT gesetzten Frist die Praxisgebühr nicht gezahlt hat, dokumentiert er dies mit Hilfe der Vertragssoftware. Kann der HAUSARZT bis zum Ablauf der Frist zur Übermittlung der Abrechnung zur HzV-Vergütung für das jeweilige Abrechnungsquartal die Praxisgebühr nicht einziehen, übermittelt der HAUSARZT diese Information gemäß der Tabelle unter Absatz 3 an die HÄVG. Die Krankenkasse erhält von der HÄVG im Rahmen der Abrechnungsdatei die Information, bei welchen HzV-Versicherten die Praxisgebühr nicht eingezogen wurde, sowie die Angabe der vom HAUSARZT gemäß dem vorstehenden Absatz 1 b) übermittelten Gründe. Die Krankenkasse übernimmt den weiteren Zahlungseinzug.
- (3) Die Dokumentation nach dem vorstehenden Absatz 1 b) erfolgt durch Angabe folgender Ziffern:

Ziffer	Beschreibung
80030	Bei Abrechnung ist Abzug der Praxisgebühr erfolgt.
80031	Befreit, da Überweisungsschein vorliegt.
80032	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da die Befreiung von allen Zuzahlungen nachgewiesen worden ist (Bescheinigung nach § 62 Abs. 1 SGB V oder vollständige Befreiung von allen Zuzahlungen nach § 65a Abs. 2 SGB V).
80033	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr aufgrund einer Erstinanspruchnahme eines Psychotherapeuten, Erstinanspruchnahme eines Krankenhauses oder Inanspruchnahme eines Vertreters vorgelegt und entwertet wurde.
80033N	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr aufgrund einer Erstinanspruchnahme eines Leistungserbringers im Notfall oder im organisierten Notfalldienst vorgelegt und entwertet wurde.
80034	Keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung.
80040	Befreit, da Kassenwechsel oder DMP-Einschreibung.
80044	Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet.
80091	Praxisgebühr nicht gezahlt. Versicherter unter 18 Jahre.
80092	Praxisgebühr nicht gezahlt. Vorsorgeuntersuchung / Schutzimpfung.

## § 6

### Abrechnung der HzV-Vergütung durch die Dienstleistungsgesellschaft

- (1) Die HÄVG ist gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI e.V. zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von der HÄVG hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG  
Von der Wetterstr. 27  
51149 Köln  
Service-Hotline: 02203 5756 1111  
Fax: 02203 57561110

Das Rechenzentrum betreffende Änderungen teilt die HÄVG dem HAUSARZT und der Krankenkasse spätestens 1 Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (2) Die HÄVG 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 der HÄVG seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**HzV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober) („**HzV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist die HÄVG berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Die HÄVG ist gegenüber dem Hausärzteverband und MEDI e.V. 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 die HÄVG die Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der Krankenkasse innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft die HÄVG die Testabrechnung bzw. die Abrechnungsdatei erneut. Sie ist verpflichtet, den Teil der Testabrechnung bzw. der Abrechnungsdatei zu korrigieren, der von einer Beanstandung der Krankenkasse im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie der Abrechnungsrüge betroffenen ist, sofern und soweit dieser Teil der

Testabrechnung den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

- (6) Die HÄVG prüft den Betrag aller von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 Abs. 2 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 7 dieser **Anlage 3** und übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungspauschale, die einbehaltene Praxisgebühr sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrü- gen.
- (7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der HÄVG unver- züglich nach Erhalt zu prüfen und der HÄVG etwaige Beanstandungen des Ab- rechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Die HÄVG 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.
- (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich die HÄVG im Be- nehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Die HÄVG ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstan- dungen 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.
- (10) Sofern eine gerichtliche Geltendmachung erforderlich ist, ist die HÄVG bei grundsätzlichen, also eine Vielzahl von Hausärzten betreffenden, Differenzen mit einer Krankenkasse über die Abrechnung der HzV-Vergütung aufgrund der Anwendbarkeit oder Auslegung einzelner Vergütungstatbestände nach dieser **Anlage 3** nebst **Anhängen** berechtigt und verpflichtet, Ansprüche des HAUS- ARZTES gegenüber der Krankenkasse in gewillkürter Prozessstandschaft für den HAUSARZT geltend zu machen; die HÄVG darf diese Ansprüche im Wege eines Musterverfahrens verfolgen und ist gleichzeitig berechtigt, die Klärung entsprechender Ansprüche weiterer Hausärzte bis zum Abschluss dieses Mus- terverfahrens zurückzustellen. Sollte die Führung des Musterverfahrens durch die HÄVG in Prozessstandschaft aus prozessualen Gründen nicht zulässig sein, ist der HAUSARZT verpflichtet, auf Anforderung der HÄVG eine Abtretung seines entsprechenden Teils des Anspruches auf die HzV-Vergütung zum Zwe- cke der Führung eines Musterverfahrens vorzunehmen, sofern diese Abtretung unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen des HAUSARZTES, zur Durchsetzung dessen Anspruchs das Musterverfahren geführt wird, zumutbar

ist. Die Erträge dieses Verfahrens stehen nach Abzug der notwendigen Kosten der Rechtsverfolgung dem HAUSARZT zu.

## **§ 7 Abrechnungsprüfkriterien**

- (1) Die HÄVG für den Hausärzteverband und MEDI e.V. 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**;
  - e) Vorliegen vollständiger Informationen zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes gemäß § 5 Abs. 1 b), Abs. 3 dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der von der Dienstleistungsgesellschaft an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 iVm 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 12 des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 9** einschlägig sein.

- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 10 Abs. 8 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

## **§ 8 Anlagen**

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

**Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**

**Anhang 2 zu Anlage 3:** Diagnosen zur Abrechnung des Zuschlags für chronisch Kranke (P3)

**Anhang 3 zu Anlage 3:** Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag

**Anhang 4 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag

**Anhang 5 zu Anlage 3:** Berechnung der Obergrenze gemäß § 10 Abs. 9 HzV-Vertrag

## Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

**Grundsätze:**

1. Der Leistungsumfang von P1 und P2 sowie der entsprechenden Zuschläge und Einzelleistungen bestimmt sich anhand dieses "EBM-Ziffernkranzes", der während der Laufzeit der Honoraranlage bei Anpassungen des EBM regelmäßig von den Vertragspartnern überarbeitet wird.
2. Bezüglich des Leistungsumfangs und der Qualifikationsvoraussetzungen der einzelnen EBM-Ziffern gelten die Regelungen des EBM, Stand 01.01.2009 entsprechend.
3. Der Hausarzt ist verpflichtet für die eingeschriebenen Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des EBM-Ziffernkranz im Rahmen dieses Vertrages zu erbringen. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag bzw. Auftragsüberweisung an einen anderen HzV-Arzt erfolgen.
4. Sofern Leistungen erbracht werden, die in diesem EBM-Ziffernkranz nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung.

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HZV-Abrechnung über HZV-Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	HZV	EL	gemäß EBM, nicht am selben Tag neben 01101; nicht während der erweiterten Sprechstunde
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	HZV	EL	gemäß EBM, nicht am selben Tag neben 01100
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	HZV	Pauschale	kein Zielauftrag möglich; nur abrechenbar außerhalb der Sprechstunde
01410	Besuch	HZV		
01411	Dringender Besuch I	HZV		
01412	Dringender Besuch II	HZV		
01413	Besuch eines weiteren Kranken	HZV	Pauschale	
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient	HZV	Pauschale	
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen	HZV	Pauschale	
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	HZV	Pauschale	
01420	Prüfung der häuslichen Krankenpflege	HZV	Pauschale	
01422	Ersilverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	HZV	Pauschale	
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	HZV	Pauschale	
01430	Verwaltungskomplex	HZV	Pauschale	
01435	Telefonische Beratung	HZV	Pauschale	
01436	Konsultationspauschale	HZV	Pauschale	
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	HZV	Pauschale	
01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	HZV	Pauschale	
01601	Individueller Arztbrief	HZV	Pauschale	
01602	Mehrfertigung (z.B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	HZV	Pauschale	
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	HZV	Pauschale	
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	HZV	EL	
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	HZV	Pauschale	
01620	Bescheinigung oder Zeugnis	HZV	Pauschale	auch Eintragungen im Bonusheft und Bescheinigungen für den Sport- und Schulunterricht, die KITA ...
01621	Krankheitsbericht	HZV	Pauschale	
01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	HZV	Pauschale	
01623	Kurvorschlag	HZV	Pauschale	
01701	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	HZV	Pauschale	
01707	Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	HZV	Pauschale	
01708	Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings	HZV	Pauschale	
01710	TSH-Screening zur Früherkennung der angeborenen Hypothyreose entsprechend Anlage 2 der Kinder-Richtlinien	HZV	Pauschale	
01711	U1	HZV	Pauschale	
01712	U2	HZV	Pauschale	
01713	U3	HZV	Pauschale	
01714	U4	HZV	Pauschale	
01715	U5	HZV	Pauschale	
01716	U6	HZV	Pauschale	
01717	U7	HZV	Pauschale	
01718	U8	HZV	Pauschale	
01719	U9	HZV	Pauschale	
??	U10	HZV	Pauschale	

Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HzV, Abrechnung über HzV- Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
01720	J1	HZV	Pauschale	
01721	Besuch wegen U1 - U2	HZV	Pauschale	
01722	Sonographie der Säuglingshöften bei U3	HZV	Pauschale	KV Zulassung erforderlich, sonst Auftragsüberweisung an entsprechenden, an der HzV teilnehmenden qualifizierten Kollegen
01723	U7a	HZV	Pauschale	
01730	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau	HZV	Pauschale + Zuschlag	
01731	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann	HZV	Pauschale + Zuschlag	
01732	Gesundheitsuntersuchung	HZV	Pauschale + Zuschlag	
01734	Untersuchung auf Blut im Stuhl	HZV	Pauschale	
01735	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	HZV	Pauschale	
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	HZV	Pauschale	
01745	Hautkrebscreening	HZV	Pauschale + Zuschlag	
01746	Zuschlag zu 01732 für Hautkrebscreening	HZV	Pauschale + Zuschlag	
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	HZV	Pauschale	
01820	Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	HZV	Pauschale	
01821	Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	HZV	Pauschale	
01822	Beratung und Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	HZV	Pauschale	
01825	Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix im Rahmen der Empfängnisregelung	HZV	Pauschale	
01826	Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	HZV	Pauschale	
01827	Scheidensekret- Mikroskopie	HZV	Pauschale	
01828	Blutentnahme für Röteln-Test	HZV	Pauschale	
02100	Infusion	HZV	Pauschale	
02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	HZV	Pauschale	
02110	Erst-Transfusion	HZV	Pauschale	
02111	Folge-Transfusion	HZV	Pauschale	
02112	Elgenblut-Reinfusion	HZV	Pauschale	
02200	Tuberkulintestung	HZV	Pauschale	
02300	Kleiner operativer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	HZV	EL	
02301	Kleiner operativer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	HZV	EL	
02302	Kleiner operativer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	HZV	EL	
02310	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	HZV	Pauschale	
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	HZV	Pauschale	
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	HZV	Pauschale	
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödem	HZV	Pauschale	
02320	Magenverweilsonde	HZV	Pauschale	
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	HZV	Pauschale	
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	HZV	Pauschale	
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	HZV	Pauschale	
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	HZV	Pauschale	
02331	Intraarterielle Injektion	HZV	Pauschale	
02340	Punktion I	HZV	Pauschale	
02341	Punktion II	HZV	Pauschale	
02342	Lumbalpunktion	HZV	Pauschale	
02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	HZV	Pauschale	
02350	Fixierender Verband	HZV	Pauschale	
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	HZV	Pauschale	
02400	13C-Harnstoff-Atemtest	HZV	Pauschale	
02401	H2-Atemtest	HZV	Pauschale	
02500	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler	HZV	Pauschale	
02501	Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	HZV	Pauschale	
02510	Wärmetherapie	HZV	Pauschale	

## Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HzV: Abrechnung über HzV- Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
02511	Elektrotherapie	HZV	Pauschale	
02512	Gezielte Elektrostimulation	HZV	Pauschale	
02520	Phototherapie eines Neugeborenen	HZV	Pauschale	
03000	Hausärztliche Grundvergütung	HZV	Pauschale	
03001	Koordination der hausärztlichen Betreuung	HZV	Pauschale	
03002	Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 03001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen / Pflege- und Altenheimen	HZV	Pauschale	
03005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	HZV	Pauschale	
03110	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale I (neu)	HZV	Pauschale	
03111	Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale II (neu)	HZV	Pauschale	
03112	Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale III (neu)	HZV	Pauschale	
03115	Konsultationskomplex	HZV	Pauschale	
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung (alt) / VP I bei Überweisung	HZV	Pauschale	
03121	VP II bei Überweisung	HZV	Pauschale	
03122	VP III bei Überweisung	HZV	Pauschale	
03130	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	HZV	Pauschale	
03210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	HZV	Pauschale	
03211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bewegungsapparates	HZV	Pauschale	
03212	Morbizuschlag bei chron. Kranken gem. GBA-Richtlinie	HZV	Pauschale	
03235	Qualizuschlag Psychosomatik	HZV	Pauschale	
03240	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	HZV	EL	
03241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	HZV	Pauschale	
03242	Demenztest	HZV	Pauschale	
03311	Ganzkörperstatus	HZV	Pauschale	
03312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	HZV	Pauschale	
03313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	HZV	Pauschale	
03314	Testverfahren bei Demenzverdacht im Zusammenhang mit der Leistung nach der Nr. 03313	HZV	Pauschale	
03320	EKG	HZV	Pauschale	
03321	Belastungs-EKG	HZV	EL	
03322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	HZV	Pauschale	
03323	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	HZV	Pauschale	
03324	Langzeit-Blutdruckmessung	HZV	Pauschale	
03330	Spirographische Untersuchung	HZV	Pauschale	
03331	Proktoskopie, Rektoskopie	HZV	Pauschale	
03332	Zuschlag für die Polypentfernung	HZV	Pauschale	
03335	Orientierende Audiometrie	HZV	Pauschale	
03340	Allergologische Basisdiagnostik	HZV	Pauschale	
03341	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	HZV	Pauschale	
03350	Entwicklungsneurologische Untersuchung	HZV	Pauschale	
03351	Untersuchung zur Sprachentwicklung	HZV	Pauschale	
03352	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	HZV	Pauschale	
04000	Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung	HZV	Pauschale	
04001	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung	HZV	Pauschale	
04002	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung eines Kranken entspr. Der Leistung nach der Nr. 04001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen/Einrichtungen	HZV	Pauschale	
04005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	HZV	Pauschale	
04110	Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale I (neu)	HZV	Pauschale	
04111	Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr (alt) / Versichertenpauschale II (neu)	HZV	Pauschale	
04112	Ordinationskomplex für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres (alt) / Versichertenpauschale III (neu)	HZV	Pauschale	
04115	Konsultationskomplex	HZV	Pauschale	
04120	Beratung, Erörterung, Abklärung (alt) / VP I bei Überweisung	HZV	Pauschale	
04121	VP II bei Überweisung	HZV	Pauschale	
04122	VP III bei Überweisung	HZV	Pauschale	

## Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HzV, Abrechnung über HzV- Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
04130	VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	HzV	Pauschale	
04212	Morbizuschlag bei chron. Kranken gem. GBA-Richtlinie	HzV	Pauschale	
04235	Qualizuschlag Psychosomatik	HzV	Pauschale	
04241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	HzV	Pauschale	
04242	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	HzV	Pauschale	
04243	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	HzV	Pauschale	
04311	Ganzkörperstatus	HzV	Pauschale	
04312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	HzV	Pauschale	
04313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	HzV	Pauschale	
04320	EKG	HzV	Pauschale	
04321	Belastungs-EKG	HzV	Pauschale	
04322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	HzV	Pauschale	
04323	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	HzV	Pauschale	
04324	Langzeit-Blutdruckmessung	HzV	Pauschale	
04330	Spirographische Untersuchung	HzV	Pauschale	
04331	Proktoskopie, Rektoskopie	HzV	Pauschale	
04332	Zuschlag zur 04331	HzV	Pauschale	
04333	Orientierende Audiometrie (neu)	HzV	Pauschale	
04334	Alemwegswiderstand	HzV	Pauschale	
04335	Orientierende audiometrische Untersuchung	HzV	Pauschale	
04340	Allergologische Basisdiagnostik	HzV	Pauschale	
04341	Mukoviszidose-Diagnostik	HzV	Pauschale	
04350	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	HzV	Pauschale	
04351	Entwicklungsneurologische Untersuchung	HzV	Pauschale	
04352	Vollständiger Entwicklungsstatus	HzV	Pauschale	
04353	Untersuchung zur Sprachentwicklung	HzV	Pauschale	
04354	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	HzV	Pauschale	
04360	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	HzV	Pauschale	
04361	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	HzV	Pauschale	
04535	Schweißtest beim Pneumologen	HzV	Pauschale	
04536	BGA beim Kinderpneumologen	HzV	Pauschale	
12225	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	HzV	Pauschale	
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	HzV	Pauschale	
30200	Chirotherapeutischer Eingriff	HzV	Pauschale	
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	HzV	Pauschale	
30300	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	HzV	Pauschale	
30301	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	HzV	Pauschale	
30400	Massage	HzV	Pauschale	
30401	Intermittierende apparative Kompressions	HzV	Pauschale	
30402	Unterwassermassage	HzV	Pauschale	
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	HzV	Pauschale	
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	HzV	Pauschale	
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	HzV	Pauschale	
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	HzV	Pauschale	
30430	Selektive Phototherapie	HzV	Pauschale	
30431	Zuschlag Photochemotherapie, PUVA	HzV	Pauschale	
30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	HzV	Pauschale	
30791	Durchführung einer Körperakupunktur	HzV	Pauschale	
30800	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	HzV	Pauschale	
30810	Erstverordnung Soziotherapie	HzV	Pauschale	
30811	Folgeverordnung Soziotherapie	HzV	Pauschale	
31010	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	HzV	Pauschale	
31011	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	HzV	Pauschale	
31012	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	HzV	Pauschale	
31013	Operationvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	HzV	Pauschale	
31600	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt	HzV	Pauschale	
32000	Grundvergütung Labor	HzV	Pauschale	
32001	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für	HzV	Pauschale	
32025	Akullabor:Glucose	HzV	Pauschale	
32026	Akullabor:TPZ (Thromboplastinzeit)	HzV	Pauschale	
32027	Akullabor:D-Dimer	HzV	Pauschale	
32030	Orientierende Untersuchung	HzV	Pauschale	

## Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HZV: Abrechnung über HZV- Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
32031	Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile	HZV	Pauschale	
32032	Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung (außer im Harn)	HZV	Pauschale	
32035	Erythrozytenzählung	HZV	Pauschale	
32036	Leukozytenzählung	HZV	Pauschale	
32037	Thrombozytenzählung	HZV	Pauschale	
32038	Hämoglobin	HZV	Pauschale	
32039	Hämatokrit	HZV	Pauschale	
32040	Untersuchung auf Blut im Stuhl in 3 Proben	HZV	Pauschale	
32041	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	HZV	Pauschale	
32042	Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	HZV	Pauschale	
32045	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	HZV	Pauschale	
32046	Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten	HZV	Pauschale	
32047	Retikulozytenzählung	HZV	Pauschale	
32048	Zählung der basophil getüpfelten Erythrozyten	HZV	Pauschale	
32049	Eosinophilenzählung	HZV	Pauschale	
32050	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach Gram-Färbung	HZV	Pauschale	
32051	Mikroskopische Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutaussstriches	HZV	Pauschale	
32052	Quantitative Bestimmung(en) der morphologischen Bestandteile durch Kammerzählung der Zellen im Sammelharn, auch in mehreren Fraktionen innerhalb von 24 Stunden (Addis-Count)	HZV	Pauschale	
32055	Quantitative Bestimmung eines Arzneimittels (z.B. Theophyllin, Antikonvulsiva, Herzglykoside) in einem Körpermaterial mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien und apparativer Messung (z.B. Reflexionsmessung),	HZV	Pauschale	
32056	Gesamteiweiß	HZV	Pauschale	
32057	Glukose	HZV	Pauschale	
32058	Bilirubin gesamt	HZV	Pauschale	
32059	Bilirubin direkt	HZV	Pauschale	
32060	Cholesterin gesamt	HZV	Pauschale	
32061	HDL-Cholesterin	HZV	Pauschale	
32062	LDL-Cholesterin	HZV	Pauschale	
32063	Triglycende	HZV	Pauschale	
32064	Harnsäure	HZV	Pauschale	
32065	Harnstoff	HZV	Pauschale	
32066	Kreatinin (Jaffe'-Methode)	HZV	Pauschale	
32067	Kreatinin, enzymatisch	HZV	Pauschale	
32068	Alkalische Phosphatase	HZV	Pauschale	
32069	GOT	HZV	Pauschale	
32070	GPT	HZV	Pauschale	
32071	Gamma-GT	HZV	Pauschale	
32072	Alpha-Amylase	HZV	Pauschale	
32073	Lipase	HZV	Pauschale	
32074	Creatinkinase (CK)	HZV	Pauschale	
32075	LDH	HZV	Pauschale	
32076	GLDH	HZV	Pauschale	
32077	HBDH	HZV	Pauschale	
32078	Cholinesterase	HZV	Pauschale	
32079	Saure Phosphatase	HZV	Pauschale	
32080	Prostataphosphatase	HZV	Pauschale	
32081	Kalium	HZV	Pauschale	
32082	Calcium	HZV	Pauschale	
32083	Natrium	HZV	Pauschale	
32084	Chlorid	HZV	Pauschale	
32085	Eisen	HZV	Pauschale	
32086	Phosphor anorganisch	HZV	Pauschale	
32087	Lithium	HZV	Pauschale	
32088	Glykierte Blut- und/oder Gewebeproteine, z.B. Fructosamin	HZV	Pauschale	
32089	Zuschlag für die Leistungen nach den Nrn. 32 057, 32 064, 32 065 oder 32 066 oder 32 067, 32 069, 32 070, 32 072 oder 32 073, 32 074, 32 081, 32 082 und 32 083 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der eigenen Praxis als Einzelbestimmung(en),	HZV	Pauschale	
32092	CK-MB	HZV	Pauschale	
32093	Chymotrypsin	HZV	Pauschale	
32094	Glykierte Hämoglobine (z.B. HbA1 und/oder HbA1c)	HZV	Pauschale	
32101	Thyrotropin (TSH)	HZV	Pauschale	
32103	Immunglobulin A (Gesamt-IgA)	HZV	Pauschale	

Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HzV, Abrechnung über HzV- Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
32104	Immunglobulin G (Gesamt-IgG)	HZV	Pauschale	
32105	Immunglobulin M (Gesamt-IgM)	HZV	Pauschale	
32106	Transferrin	HZV	Pauschale	
32107	Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung	HZV	Pauschale	
32110	Blutungszeit (standardisiert)	HZV	Pauschale	
32111	Rekalzifizierungszell	HZV	Pauschale	
32112	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	HZV	Pauschale	
32113	Thromboplastinzeit (TPZ) aus Plasma	HZV	Pauschale	
32114	Thromboplastinzeit (TPZ) aus Kapillarblut	HZV	Pauschale	
32115	Thrombingerinnungszeit (TZ)	HZV	Pauschale	
32116	Fibrinogenbestimmung	HZV	Pauschale	
32117	Qualitativer Nachweis von Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten (z.B. D-Dimere)	HZV	Pauschale	
32120	Bestimmung von mindestens 2 der folgenden Parameter: Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung, insgesamt	HZV	Pauschale	
32121	Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt	HZV	Pauschale	
32122	Vollständiger Blutstatus mittels automatisierter Verfahren	HZV	Pauschale	
32123	Zuschlag zu den Nrn. 32 121 oder 32 122 bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausstriches	HZV	Pauschale	
32124	Bestimmung der endogenen Kreatinin-clearance	HZV	Pauschale	
32125	Bestimmung von mindestens 6 der folgenden Parameter: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal, peridural)	HZV	Pauschale	
32128	C-reaktives Protein	HZV	Pauschale	
33012	Schilddrüsen - Sonographie	HZV	EL	
33042	Abdominelle Sonographie	HZV	EL	
33043	Uro-Genital-Sonographie	HZV	Pauschale	
33051	Sonographie der Säuglingshüften	HZV	Pauschale	bei Qualifikation, sonst Zielauftragsüberweisung an qualifizierten HzV-Arzt
33052	Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	HZV	Pauschale	bei Qualifikation, sonst Zielauftragsüberweisung an qualifizierten HzV-Arzt
33081	Sonographie weiterer Organe oder Organteile	HZV	Pauschale	ist mit der EL nach Ziffer 33042 und 3043 abgeolten und kann nicht gesondert als EL abgerechnet werden
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	HZV	EL	
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	HZV	EL	
35111	Übende Verfahren, Einzelbehandlung	HZV	Pauschale	
35112	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	HZV	Pauschale	
35113	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	HZV	Pauschale	
35120	Hypnose	HZV	Pauschale	
40100	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	HZV	Pauschale	
40104	Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien	HZV	Pauschale	
40106	Versandmaterial, Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern	HZV	Pauschale	
40120	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	HZV	Pauschale	
40122	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)	HZV	Pauschale	
40124	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)	HZV	Pauschale	
40126	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)	HZV	Pauschale	
40142	Abfassung in freier Form	HZV	Pauschale	
40144	Kopie, EDV-technische Abschrift	HZV	Pauschale	
40150	Ausgegebene Testbriefchen (Blut im Stuhl)	HZV	Pauschale	
40152	Ausgegebenes Testbriefchen (Albumin im Stuhl)	HZV	Pauschale	
40154	Bezug der Testsubstanz für 13C-Harnstoff-Atemtest	HZV	Pauschale	

Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HZV, Abrechnung über HZV- Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
40156	Bezug von Mifepriston für medikamentöse Abortio	HZV	Pauschale	
40160	Kostenpauschale für interventionelle endoskopische Untersuchungen	HZV	Pauschale	
40190	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen oder im organisierten Notfalldienst, bei Tage	HZV	Pauschale	
40192	dito bei Nacht	HZV	Pauschale	
40220	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage	HZV	Pauschale	
40222	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis 5 km Radius bei Tage	HZV	Pauschale	
40224	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage	HZV	Pauschale	
40226	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht	HZV	Pauschale	
40228	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis 5 km Radius bei Nacht	HZV	Pauschale	
40230	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht	HZV	Pauschale	
40240	Aufsuchen eines Kranken durch beauftragten Praxis-Mitarbeiter	HZV	Pauschale	
40260	Aufsuchen eines weiteren Kranken nach Nr. 40240	HZV	Pauschale	
40860	Kostenpauschale Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Erstverordnung)	HZV	Pauschale	
40862	Kostenpauschale Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Folgeverordnung)	HZV	Pauschale	
40870	Kostenpauschale einschl. Wegekosten für angeordnete Hilfeleistungen	HZV	Pauschale	
40872	Kostenpauschale einschl. Wegekosten für angeordnete Hilfeleistungen	HZV	Pauschale	
80230	Pauschale für Telefonate im Zusammenhang mit stationärer Behandlung	HZV	Pauschale	Leistungsinhalt entsprechend der gesamtvertraglichen Regelung mit der KVBW
89100A	Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder, Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre, erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	Leistungsinhalt entsprechend der Impfvereinbarung mit der KVBW; <b>Separate Dokumentation notwendig</b>
89100B	Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder, Jugend	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89100R	Diphtherie (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder, Jugend	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89101A	Diphtherie (Sonstige Indikationen) - letzte Dosis eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89101B	Diphtherie (Sonstige Indikation) - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89101R	Diphtherie (Sonstige Indikationen) - erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89102A	Frühsommermeningo-Enzephalitis, erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89102B	Frühsommermeningo-Enzephalitis - letzte Dosis eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89102R	Frühsommermeningo-Enzephalitis - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89103A	Haemophilus Influenza Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder - erste Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89103B	Haemophilus Influenzae Typ b Säuglinge und Kleinkinder - letzte Dosis	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89104A	Haemophilus Influenzae Typ b - Sonstige Indikationen - erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89104B	Haemophilus Influenzae Typ b - Sonstige Indikationen - letzte Dosis eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89105A	Hepatitis A - erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89105B	Hepatitis A - letzte Dosis eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89105R	Hepatitis A - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89106A	Hepatitis B (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre, erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89106B	Hepatitis B (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre, letzte Dosis eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89107A	Hepatitis B - sonstige Indikationen - erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89107B	Hepatitis B - Sonstige Indikationen - letzte Dosis eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89107R	Hepatitis B - Sonstige Indikationen - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89108A	Hepatitis B - Dialysepatienten - erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89108B	Hepatitis B - Dialysepatienten - letzte Dosis eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89108R	Hepatitis B - Dialysepatienten - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89110A	H P V - erste Dosen eines Impfyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A

## Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HzV, Abrechnung über HzV- Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
89110B	H P V - letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89111	Influenza (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89112	Influenza - Sonstige Indikationen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89113	Masern - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89114	Meningokokken (Standardimpfung) - Kinder im 2. Lebensjahr	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89115A	Meningokokken - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89115B	Meningokokken - letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89115R	Meningokokken - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89116A	Pertussis (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89116B	Pertussis (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre - letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89116R	Pertussis (Standardimpfung) bis einschließlich 17 Jahre - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89117A	Pertussis - Sonstige Indikationen - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89117B	Pertussis - Sonstige Indikationen - letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89118A	Pneumokokken (Standardimpfung)-Kinder bis 24 Monate, erste Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89118B	Pneumokokken (Standardimpfung)-Kinder bis 24 Monate, letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89119	Pneumokokken (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre, erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89120	Pneumokokken - Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung, erste Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89120R	Pneumokokken - Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89121A	Poliomyelitis (Standardimpfung) - bis einschließlich 17 Jahre - erste Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89121B	Poliomyelitis (Standardimpfung) - bis einschließlich 17 Jahre - letzte Dosis	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89121R	Poliomyelitis (Standardimpfung) - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89122A	Poliomyelitis - Sonstige Indikationen - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89122B	Poliomyelitis - Sonstige Indikationen - letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89122R	Poliomyelitis - Sonstige Indikationen - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89123	Röteln - Schutzimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89124A	Tetanus - Schutzimpfung - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89124B	Tetanus - Schutzimpfung - letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89124R	Tetanus - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89125A	Varizellen (Standardimpfung) - bis einschließlich 17 Jahre - erste Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89125B	Varizellen (Standardimpfung) - bis einschließlich 17 Jahre - letzte Dosis	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89126A	Varizellen (Sonstige Indikationen) - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89126B	Varizellen (Sonstige Indikationen) - letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89127	Cholera	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89128	Gelbfieber - erste Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89130	Typhus - Schutzimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89132	Hepatitis B - Satzungsleistung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89133	Influenza - Satzungsleistung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89200A	Diphtherie und Tetanus - Zweifachimpfung - erste Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89200B	Diphtherie und Tetanus - Zweifachimpfung - letzte Dosis	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89201A	Diphtherie, Tetanus (Td) - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89201B	Diphtherie, Tetanus (Td) - letzte Dosis eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89201R	Diphtherie, Tetanus (Td) - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89202A	Hepatitis A und Hepatitis B - erste Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89202B	Hepatitis A und Hepatitis B - letzte Dosen eines Impfzyklus	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89203A	Haemophilus influenzae-b, Hepatitis B - erste Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89203B	Haemophilus influenzae-b, Hepatitis B - letzte Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89300A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, erste Dosen	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89300B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, letzte Dosis	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89301A	Masern, Mumps, Röteln, erste Dosen - Dreifachimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A

Anhang 1 zur Anlage 3: HzV-Ziffernkranz

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Zuordnung HZV: Abrechnung über HZV- Vertrag	Abrechnung	Erläuterung
89301B	Masern, Mumps, Röteln, letzte Dosis - Dreifachimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89302	Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis - Dreifachimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89302R	Diphtherie, Tetanus, Polyomyelitis - Auffrischimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89303	Diphtherie, Pertussis, Tetanus - Dreifachimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89302	Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, erste Dosen - Dreifachimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89303R	Diphtherie, Tetanus, Pertussis - Auffrischungsimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89400	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Polyomyelitis - Vierfachimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89400R	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Auffrischungsimpfung - Vierfachimpfung-	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89401A	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen - erste Dosen, Vierfachimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89401B	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen - letzte Dosis, Vierfachimpfung	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89500A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae-b, erste Dosen - Fünffachimpfung-	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89500B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae-b, letzte Dosis eines Impfyklus - Fünffachimpfung-	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89600A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae-b, Hepatitis B, erste Dosen - Sechsfachimpfung-	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
89600B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae-b, Hepatitis B, letzte Dosis - Sechsfachimpfung-	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 89100A
99201	Homöopathie, Erstanamnese	HZV	Pauschale	Leistungsinhalt entsprechend der gesamtvertraglichen Regelung mit der KVBW
99202	Homöopathie, Erstanamnese Kind	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 99201
99203	Homöopathie, Folgeanamnese	HZV	Pauschale	vgl Ziffer 99201
99205	Sachkosten auf Schein gemäß Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM	HZV	Pauschale	Eine Direktabrechnung der Sachkosten mit der jeweiligen Ersatzkasse ist ausgeschlossen.
99836	Umweltmedizinische Beratung, Pauschale	HZV	Pauschale	
99837	Umweltmed. Beratung, Abschlussberatung	HZV	Pauschale	
99838	Umweltmed. Beratung, Bericht an den Hausarzt	HZV	Pauschale	
ohne EBM-Ziffer	Neugeborenenhörscreening	HZV	Pauschale	
ohne EBM-Ziffer	Überprüfung Impfstatus	HZV	EL	1 x jedes 2. Jahr

Anhang 2 zu Anlage 3: Diagnosen zur Abrechnung des Zuschlags für chronisch Kranke (P3)

Demenzerkrankungen	Herzinsuffizienz	hypertensive Herz-und Nierenerkrankung	Hemiplegie/Apoplex mit Folgeschäden	Nierenversagen	Depression
F00.0	I11.0	I12.9	G80.2	I12.0	F32.0
F00.1	I11.00	I12.90	G81.0	I12.00	F32.1
F00.2	I11.01	I12.91	G81.1	I12.01	F32.2
F00.9	I13.0	I13.9	G81.9	I13.1	F32.3
F01.0	I13.00	I13.90		I13.10	F33.0
F01.1	I13.01	I13.91		I13.11	F33.1
F01.2	I13.2	I67.4		I13.2	F33.2
F01.3	I13.20			I13.20	F33.3
F01.8	I13.21			I13.21	F33.4
F01.9	I25.5			N17.0	F34.1
F02.0	I27.0			N17.1	
F02.1	I27.1			N17.2	
F02.2	I27.2			N17.8	
F02.3	I27.20			N17.9	
F02.4	I27.28			N18.8	
F02.8	I27.8			N18.80	
F03	I27.9			N18.81	
F04	I28.0			N18.82	
F05.1	I28.1			N18.83	
F06.5	I28.8			N18.89	
F06.6	I28.9			N18.9	
F06.8	I25.5			N19	
F06.9	I41.0			Q61.1	
F09	I41.1				
G31.2	I41.2				
	I41.8				
	I42.0				
	I42.1				
	I42.2				
	I42.3				
	I42.4				
	I42.5				
	I42.6				
	I42.7				
	I42.8				
	I42.80				
	I42.88				
	I42.9				
	I43.0				
	I43.1				
	I43.2				
	I43.8				
	I50.0				
	I50.00				
	I50.01				
	I50.1				
	I50.11				
	I50.12				
	I50.13				
	I50.14				
	I50.19				
	I50.9				
	I51.4				
	I51.5				
	Q26.3				
	Q26.4				
	Q26.5				
	Q26.6				
	Q26.8				
	Q26.9				

## Anhang 5 der Anlage 3

### Begriffsdefinition

**Zahlbetrag:** Ist der Betrag, der dem HAUSARZT in der Quartalsabrechnung ausgewiesen wird geteilt durch die Anzahl der beim HAUSARZT im jeweiligen Quartal eingeschriebenen Versicherten. Im Zahlbetrag sind wegen der Auszahlung der P1 im ersten Versichertenteilnahmequartal Vergütungen für die restlichen Quartale des Versichertenteilnahmejahrs enthalten (quartalsfremde Vergütung).

**Leistungsbetrag:** Ist der Betrag, der nach rechnerischer Subtraktion oder Addition der quartalsfremden Vergütungen aus dem Zahlbetrag berechnet und der damit Leistungen des Hausarztes im jeweiligen Quartal vergütet.

### Berechnung

Zur Berechnung des Leistungsbetrags wird der Zahlbetrag mit folgenden quartalsfremden Positionen verrechnet:

- Erstes Versicherten-Teilnahmequartal pro Versichertenteilnahmejahr mit Arzt-Patienten-Kontakt
  - Subtraktion von  $[P1 - P2] \cdot 3/4$
  - Beispiel:  $(65 \text{ €} - 40 \text{ €}) \cdot 3 / 4 = \text{€ } 18,75 = 3 \cdot \text{€ } 6,25$
- Erstes Versicherten-Teilnahmequartal pro Versichertenteilnahmejahr ohne Arzt-Patienten-Kontakt
  - Subtraktion von  $P1 \cdot 3/4$
  - Beispiel:  $65 \text{ €} \cdot 3 / 4 = 48,75 \text{ €} = 3 \cdot 16,25 \text{ €}$
- Folgeversichertenteilnahmequartale 2-4 mit Arzt-Patienten-Kontakt im ersten Versichertenteilnahmequartal oder im jeweiligen Quartal
  - Addition von  $[P1 - P2] \cdot 1/4$
  - Beispiel:  $[65 \text{ €} - 40 \text{ €}] \cdot 1 / 4 = 6,25 \text{ €}$
- Folgeversichertenteilnahmequartale 2-4 ohne Arzt-Patienten-Kontakt im ersten Versichertenteilnahmequartal und den folgenden Quartalen
  - Addition von  $P1 \cdot 1/4$
  - Beispiel:  $65 \text{ €} \cdot 1 / 4 = 16,25 \text{ €}$

## PROZESSBESCHREIBUNG

### Teilnahme des Hausarztes an der HzV und Einschreibung von HzV-Versicherten

#### Inhaltsverzeichnis

1	HzV-Teilnahme des Hausarztes .....	2
1.1	Einschreibung der Hausärzte .....	2
1.1.1	Versendung des Infopaketes.....	2
1.1.2	Einschreibung des Hausarztes bei der HÄVG.....	2
1.1.3	Erfassung der teilnahmewilligen Hausärzte und Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen.....	2
1.1.4	Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme.....	3
1.1.5	Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen .....	3
1.2	Führung und Lieferung des HzV-Arztverzeichnisses.....	3
1.2.1	Änderungen im HzV-Arztverzeichnis.....	3
1.3	Informationspflicht des HAUSARZTES .....	4
1.4	Beendigung der Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV .....	4
2	HzV-Versicherte.....	4
2.1	Einschreibung der Versicherten .....	4
2.1.1	Entgegennahme der Teilnahmeerklärung Hausarztprogramm durch den HAUSARZT .....	4
2.1.2	Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung und Führen des HzV- Versichertenverzeichnisses .....	5
2.1.3	Übermittlung des HzV-Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn HzV- Versicherte .....	5
2.2	Änderungen im HzV-Versichertenverzeichnis .....	5

## **1 HzV-Teilnahme des Hausarztes**

### **1.1 Einschreibung der Hausärzte**

#### **1.1.1 Versendung des Infopaketes**

Teilnahmeberechtigte Hausärzte erhalten von der HÄVG ein Infopaket gemäß **Anlage 5**. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung HAUSARZT;
- HzV-Vertrag;
- Informationen zur Teilnahme des Hausarztes an der HzV;
- Unterlagen zum Datenschutz.

Gleichzeitig steht eine unpersonalisierte Teilnahmeerklärung HAUSARZT für den Hausarzt auf der Webseite des Hausärzteverbandes ([www.hausaezteverband.de](http://www.hausaezteverband.de)) sowie auf der Webseite des MEDI Verbundes ([www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)) zum Download zur Verfügung.

#### **1.1.2 Einschreibung des Hausarztes bei der HÄVG**

Der Hausarzt füllt die Teilnahmeerklärung HAUSARZT aus und sendet diese an die HÄVG, die sie für den Hausärzteverband und MEDI e.V. entgegennimmt.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die HÄVG Kontakt mit dem Hausarzt auf und fordert die fehlende Information schriftlich an.

Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“, vgl. dazu im Einzelnen **Anlage 3**) muss jeder Hausarzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung HAUSARZT einreichen.

Bei Teilnahme eines MVZ muss ein hausärztlich tätiger Arzt im MVZ die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnen lassen.

#### **1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Hausärzte und Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

Die HÄVG erfasst den Teilnahmewunsch des Hausarztes mit dem Status „angefragt“ in ihrer Datenbank. Anschließend erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen und der weiteren Erklärungen des Hausarztes zur Erbringung der genannten Leistungen durch die HÄVG. Die HÄVG informiert den Hausarzt über das Ergebnis ihrer Prüfung und fordert ihn, gegebenenfalls unter Fristsetzung, zur Nachbesserung auf.

### **1.1.4 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme**

Liegen die Teilnahmevoraussetzungen und die Erklärungen zur Erbringung der Leistungen vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung durch den Hausarzt, lässt die HÄVG den Hausarzt zur Teilnahme an der HzV im Namen des Hausärztesverbandes und MEDI e.V. zu und übersendet eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax). In dem Bestätigungsschreiben ist der Tag des Teilnahmebeginns noch einmal genannt.

### **1.1.5 Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen**

Nach Versendung des Bestätigungsschreibens erfolgt der Versand der Starterpakete durch die HÄVG oder ein von ihr beauftragtes Unternehmen. Das Starterpaket enthält u.a. folgende Unterlagen:

- Merkblatt für Versicherte der Krankenkasse (Patienteninformation);
- Bestellformular für weitere Unterlagen;
- Informationsmaterial der Krankenkasse.

## **1.2 Führung und Lieferung des HzV-Arztverzeichnisses**

Die HÄVG führt das Arztverzeichnis („HzV-Arztverzeichnis“) und sendet dieses regelmäßig an die Krankenkasse nach Maßgabe der zwischen der Krankenkasse und HÄVG gesondert vereinbarten Regelungen.

### **1.2.1 Änderungen im HzV-Arztverzeichnis**

Änderungen im Hausarztbestand können durch den HAUSARZT, die Krankenkasse und den Hausärztesverband und MEDI e.V. an die HÄVG gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die HÄVG zeitnah geprüft und verarbeitet.

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das HzV-Arztverzeichnis und damit auf das Verzeichnis der teilnehmenden Versicherten:

- Umzug der Praxis des HAUSARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
- Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Vertragsarztzulassung;
- Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des HAUSARZTES;
- Änderung der in dem Korrekturbogen Stammdaten aufgeführten Arztstammdaten;
- Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 des Vertrages;
- unbekannt verzogen;
- Tod mit oder ohne Weiterführung der Praxis;
- ordentliche oder außerordentliche Kündigung durch den HAUSARZT oder durch den Hausärztesverband bzw. MEDI e.V.

### **1.3 Informationspflicht des HAUSARZTES**

Der HAUSARZT muss Änderungen, die Einfluss auf seine Teilnahme an der HzV als HAUSARZT haben oder abrechnungsrelevante Informationen enthalten können, unverzüglich nach Kenntnis schriftlich anzeigen.

Die HÄVG meldet die Änderungen im Rahmen der Lieferung des HzV-Arztverzeichnisses an die Krankenkasse. Die Krankenkasse informiert die HzV-Versicherten, die den HAUSARZT als ihren Hausarzt gewählt haben, über die Änderungen in Bezug auf den HAUSARZT unmittelbar nach Kenntniserlangung und entscheidet über den Verbleib der HzV-Versicherten in der HzV bzw. bietet ihnen einen anderen HAUSARZT an, den sie als ihren Hausarzt wählen können.

### **1.4 Beendigung der Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV**

Die HÄVG meldet die Beendigung der HzV-Teilnahme des HAUSARZTES nach § 5 des Vertrages im Rahmen der Lieferung des HzV-Arztverzeichnisses an die Krankenkasse. Die Krankenkasse informiert die bei dem HAUSARZT eingeschriebenen HzV-Versicherten über die Beendigung der HzV-Teilnahme des HAUSARZTES unmittelbar nach Kenntniserlangung und entscheidet über den Verbleib der HzV-Versicherten in der HzV bzw. bietet ihnen einen anderen HAUSARZT an, den sie als ihren Hausarzt wählen können

## **2 HzV-Versicherte**

### **2.1 Einschreibung der Versicherten**

#### **2.1.1 Entgegennahme der Teilnahmeerklärung Hausarztprogramm durch den HAUSARZT**

Der HAUSARZT händigt dem interessierten Versicherten die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt Hausarztprogramm für Versicherte der Krankenkasse aus und fordert ihn auf, diese Unterlagen sorgfältig zu lesen.

Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an der HzV mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- der ihn betreuende (i.d.R. der einschreibende) Hausarzt für mindestens ein Jahr verbindlich ausgewählt;
- der Versicherte auf grundlegende Teilnahmebedingungen am Hausarztprogramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Versicherten eingeholt.

Die in der Teilnahmeerklärung aufgeführten Daten des Versicherten sendet der Hausarzt nach erfolgter Unterschriftsleistung durch den Versicherten und den HAUSARZT online mittels der Vertragssoftware an das von der HÄVG eingesetzte Rechenzentrum. Der HAUSARZT ist verpflichtet, die vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung mindestens zehn Jahre in der Arztpraxis aufzubewahren. Eine stichprobenhafte Überprüfung dieser Teilnahmeerklärungen durch die Krankenkasse ist in einzelnen Fällen und nach Rücksprache

mit dem Hausärzterverband und MEDI möglich. Eine Kopie der unterzeichneten Teilnahmeerklärung händigt der HAUSARZT dem Versicherten aus.

Das von der HÄVG eingesetzte Rechenzentrum sendet die Einschreibedaten wöchentlich an die Krankenkasse .

Der Versicherte ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingeschrieben. Die Einschreibung erfolgt durch die Krankenkasse (siehe sogleich 2.1.2).

### **2.1.2 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung und Führen des HzV-Versichertenverzeichnisses**

Die Krankenkasse nimmt die Einschreibedaten von dem von der HÄVG eingesetzten Rechenzentrum entgegen und prüft die Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten. Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, kann der Versicherte gemäß den HzV-Teilnahmebedingungen an der HzV teilnehmen.

Die von dem von der HÄVG eingesetzten Rechenzentrum übermittelten Einschreibedaten der Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten an der HzV gegeben sind und der HAUSARZT an der HzV teilnimmt, zur Teilnahme dieser Versicherten am Hausarztprogramm als HzV-Versicherte.

Wird dem Versicherten die Teilnahme (z.B. auf Grund eines ungeklärten oder fehlenden Versicherungsverhältnisses bei der Krankenkasse) verweigert, werden sowohl der Versicherte als auch die HÄVG (im Rahmen der Lieferung des HzV-Versichertenverzeichnisses) informiert.

Die Krankenkasse führt das Verzeichnis der Versicherten („HzV-Versichertenverzeichnis“) unter Angabe des Teilnahmestatus des Versicherten, des Datums des Teilnahmebeginns des Versicherten und des gewählten HAUSARZTES.

### **2.1.3 Übermittlung des HzV-Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn HzV-Versicherte**

Die Krankenkasse meldet das HzV-Versichertenverzeichnis an das von der HÄVG eingesetzte Rechenzentrum bis spätestens zum 1. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals (1. März, 1. Juni, 1. September, 1. Dezember).

Das von der HÄVG eingesetzte Rechenzentrum versendet an den HAUSARZT die Information über den Teilnahmestatus des Versicherten spätestens bis zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal. Mit der Meldung der Teilnahme eines Versicherten gilt dieser Versicherte für das gemeldete Quartal als abrechnungsfähig im Rahmen des Vertrages.

Gleichzeitig informiert die Krankenkasse den HzV-Versicherten über den Teilnahmestatus, das Datum des Teilnahmebeginns und den gewählten HAUSARZT.

## **2.2 Änderungen im HzV-Versichertenverzeichnis**

Nach Maßgabe der HzV-Teilnahmebedingungen können sich Änderungen im HzV-Versichertenbestand ergeben (z.B. Ausscheiden aus der HzV).

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die Krankenkasse aufgenommen und im Rahmen der Lieferung des HzV-Versichertenverzeichnisses an das von der HÄVG eingesetzte Rechenzentrum übermittelt.

## **Infopaket und Starterpaket**

### Starterpaket

#### Das Starterpaket enthält insbesondere

- Merkblatt für Versicherte der Krankenkasse (Patienteninformation);
- Bestellformular für weitere Unterlagen;
- Informationsmaterial der Krankenkasse.
- .

### Infopaket

#### Das Infopaket enthält insbesondere

- Teilnahmeerklärung Hausarzt;
- HzV-Vertrag;
- Informationen zur Teilnahme der Hausarztes an der HzV;
- Unterlagen zum Datenschutz.

## LOGOS Krankenkasse / Hausärzteverband / HÄVG

### Hausarztprogramm - was ist das?

Mit dem Hausarztprogramm wollen die Krankenkasse und ihre Hausarztpartner in Baden-Württemberg **gemeinsam** die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Forderung des Gesetzgebers. Ziel ist es, flächendeckend die hausärztliche Versorgung in besonderer Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Hausarztes zu stärken. Das Programm ist insbesondere für Sie interessant, wenn Sie häufiger ärztliche Behandlung benötigen. Seine Lotsenfunktion für Sie kann Ihr Hausarzt nur mit Ihrer Hilfe wahrnehmen. Ihre Teilnahme an diesem exklusiven Hausarztprogramm ist **freiwillig**.

#### **Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:**

- **Sie wählen verbindlich für mindestens 12 Monate Ihren Hausarzt (auch Kinder- und Jugendärzte nehmen an der hausärztlichen Versorgung teil).**
- Der Hausarzt ist Ihr erster Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden. Ausnahmen: im Notfall sowie Gynäkologen, Augenärzte und Kinderärzte sowie **ärztliche Notfalldienste**.
- Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Hausarztes) suchen Sie den von Ihrem Hausarzt benannten HzV-Vertretungsarzt auf.
- **Teilnehmen können alle Versicherten der Krankenkasse mit Wohnsitz in Baden-Württemberg - ohne Altersbegrenzung.**
- Die Teilnahme ist für Sie oder Ihr Kind nicht möglich, wenn Sie bereits an einem weiteren HzV-Vertrag teilnehmen.

### Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie bei Ihrem Hausarzt in der Praxis ausfüllen. **Mit Ihrer Unterschrift wählen Sie zum einen Ihren Hausarzt des Vertrauens, zum anderen die Teilnahme am Hausarztprogramm für mindestens 12 Monate.**

Der von Ihnen gewählte Hausarzt unterschreibt die Erklärung ebenfalls und händigt Ihnen eine/n Durchschlag/Kopie aus. Ihren Teilnahmewunsch schickt der Arzt unverzüglich an die Krankenkasse zur Prüfung. Sie erhalten von der Krankenkasse ein Begrüßungsschreiben mit der Information, wann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm beginnt. Regelmäßig beginnt sie im Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Krankenkasse ein oder wird für die Prüfung noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen. Wird die Teilnahme abgelehnt (z. B. ungeklärter Versichertenstatus; keine Versicherung unmittelbar bei der Krankenkasse; Wohnsitz außerhalb Baden-Württemberg, erhalten Sie eine Mitteilung der Krankenkasse.

### Ihre Vorteile auf einen Blick

- Qualitätsgesicherte hausärztliche Versorgung
- Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Einmal wöchentliche Terminfrüh- und -abendsprechstunde oder eine Samstagsterminsprechstunde für Berufstätige (Notfälle sind bevorzugt zu behandeln)
- Koordinierungsleistung für den gesamten Behandlungsablauf durch Ihren Hausarzt
- Verkürzung der Wartezeiten
- Enge Verzahnung des behandelnden Hausarztes mit den übrigen Leistungserbringern und der Krankenkasse zur Optimierung Ihrer Versorgung

### Versichertenbefragung

Für die Krankenkasse ist es wichtig, wie zufrieden Sie mit dem Hausarztprogramm sind, insbesondere wie Sie die Qualität der Versorgung beurteilen. Dies ist Grundlage für Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind daher Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen vorgesehen, an die Ihre Adresse zu diesem Zweck ohne weitere persönliche Angaben weitergeleitet wird. Falls Sie zu den Teilnehmern gehören, die für eine Befragung ausgewählt werden, erhalten Sie einen Fragebogen zugeschickt. Die Teilnahme an der Versichertenbefragung ist selbstverständlich freiwillig.

### Kündigung und Hausarztwechsel

Frühestens zum Ablauf der 12 Monate kann die Teilnahme am Hausarztprogramm ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 1 Monat vor Ablauf schriftlich bei der Krankenkasse gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.

Ein Hausarztwechsel ist frühestens nach Ablauf der 12 Monate möglich. Für einen reibungslosen Wechsel muss der Krankenkasse spätestens 1 Monat vor Ablauf der 12 Monate Ihre neue Teilnahmeerklärung mit der Wahl des neuen Hausarztes vorliegen. Ansonsten verlängert sich Ihre Teilnahme beim bisherigen Hausarzt um weitere 12 Monate.

In besonderen Fällen kann der Versicherte auch vor Ablauf der 12 Monate den Hausarzt innerhalb des Hausarztprogramms wechseln, wenn

- der bisherige Hausarzt nicht mehr am Hausarztprogramm teilnimmt,
- er umzieht und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- Sie umziehen und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

In einem solchen Ausnahmefall verlängert ein Hausarztwechsel Ihre Bindung an das Hausarztprogramm nicht. Einen Wechsel des Hausarztes müssen Sie der Krankenkasse schriftlich mitteilen.

Die Krankenkasse kann Ihnen die Teilnahme am Hausarztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung, wie sie in dieser Patienten-Information erläutert werden, verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/Gynäkologe ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Hausarztprogramm.

## **WICHTIGE INFORMATIONEN ZUM SCHUTZ IHRER DATEN**

### **Ihre Einwilligung**

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung für das Hausarztprogramm geregelt. Für die Teilnahme am Hausarztprogramm ist es erforderlich, dass Sie eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgeben. Dies ist notwendig, da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzterverbandes und MEDI, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) und ihr Rechenzentrum sowie die Abrechnung für die Krankenkasse durch ihr Rechenzentrum erfolgt. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Darin erklären Sie sich insbesondere mit den im Folgenden näher beschriebenen Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.

### **Befundaustausch**

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (Therapeuten, behandelnde Ärzte) notwendig. Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung in Ihrer Teilnahmeerklärung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Krankenkasse und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen. Beim Wechsel des behandelnden Hausarztes innerhalb der HzV übergibt Ihr bisheriger Hausarzt Ihrem neu gewählten Hausarzt eine Kopie der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte, sofern Sie hierzu Ihr Einverständnis erklären. Sie entscheiden also selbst, wem Sie Ihre Unterlagen vorlegen.

### **Datenübermittlung und -zusammenführung**

Ihr Teilnahmewunsch wird durch den von Ihnen gewählten Hausarzt an die Krankenkasse geschickt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft, an die HÄVG gesandt und in die Datenverarbeitung des für die Umsetzung des Hausarztprogramms ausgewählten Rechenzentrum eingelesen. Übermittelt werden Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr.), Daten zu Ihrem gewählten Hausarzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Hausarztprogramm teilnehmen. Auch die Ablehnung der Teilnahme oder eine laufende Prüfung wird an das Rechenzentrum gemeldet.

Vom Rechenzentrum wird Ihrem Hausarzt elektronisch Ihre Teilnahme, Ablehnung (einschließlich der Gründe) oder eine nicht abgeschlossene Prüfung vor einem neuen Abrechnungsquartal mitgeteilt. Ihr gewählter Hausarzt übermittelt für Ihre Versorgung Diagnosen sowie Abrechnungs- einschließlich Verordnungsdaten an die HÄVG bzw. über die HÄVG an die Krankenkasse zu Abrechnungszwecken. [Zusätzlich helfen diese Daten der Krankenkasse, Sie bei Bedarf zu beraten.]

### **Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten**

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der Krankenkasse in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also insbesondere nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben. Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante und stationäre Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge- und Rehamaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen etc. Diese

pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt. Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der Krankenkasse Personenbezug zu Ihren Daten wieder hergestellt. Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Hausarztprogramm ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

### **Wissenschaftliche Begleitung**

Sollten das Hausarztprogramm oder Ihre Behandlungsdaten durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich bewertet werden, ist sichergestellt, dass Ihre Verordnungs- und Diagnosedaten nur pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das Institut sind die Daten anonym, ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen. Die Gesamtergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden anschließend z. B. in der Mitgliederzeitschrift veröffentlicht oder dienen der Kontrolle und Vergütung von Qualitätsindikatoren, die zu erbringen sich die Hausärzte verpflichtet haben.

### **Schweigepflicht und Datenlöschung**

Im Hausarztprogramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden bzw. gelöscht werden müssen, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Hausarztprogramm.





Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Classe
Vertragszeit-Nr.	Übergültig bis	Datum

## Teilnahmeerklärung Hausarztprogramm

**Arztwechsel, Begründung**

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der Krankenkasse versichert bin
- ich den unterzeichnenden Hausarzt als meinen Hausarzt für mindestens 12 Monate wähle und für mindestens 12 Monate am Hausarztprogramm teilnehmen
- ich ausführlich und umfassend über die von meiner Krankenkasse angebotene hausarztzentrierte Versorgung (HzV) informiert bin und mir eine Patienten-Information ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat zum Ende meines HzV-Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HzV schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch meinen gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen, Augenärzten und Kinderärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten
- ich im Vertretungsfall ausschließlich (z.B. Urlaub, Krankheit des gewählten Hausarztes) den mir benannten HzV-Vertretungsarzt aufsuche
- ich bei Änderung meines Versicherungsverhältnisses unverzüglich meine Krankenkasse informiere, da ggf. die Teilnahme an der HzV nicht mehr möglich ist.

**Begründung Arztwechsel (nur bei Wechsel des vorher bereits für 12 Monate gewählten Hausarztes.)**

- Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen**  
**Ja, ich habe mich mit der Patienten-Information [2 Seiten/Vorder- und Rückseite] vertraut gemacht. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm bin ich einverstanden. Die Patienten-Information wurde mir ausgehändigt.**

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich.**  
 Bitte das heutige Datum eintragen.

Bestätigung durch gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der HzV freiwillig ist.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal)
- ich bei Nichterhaltung der HzV-Teilnahmebedingungen aus der HzV ausgeschlossen werden kann.
- mit Ende meiner Mitgliedschaft in der Krankenkasse die Teilnahme an der HzV endet.
- meine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Hausarztprogramm HzV.
- ein Hausarztwechsel vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HzV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HzV-Arzt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HzV Auskünfte über meine HzV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- zur Qualitätssicherung Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen durchgeführt werden können.
- die Krankenkasse, die HÄVG und ihre Rechenzentren die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HzV sind in der mir ausgehändigten Patienten-Information beschrieben.
- im Datenbestand der Krankenkasse und der HÄVG ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich an der HzV teilnehme
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HzV führen, meinem gewählten Hausarzt und dem Rechenzentrum der HÄVG mitgeteilt werden.
- die an der HzV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HzV-Teilnahmestatus informiert werden

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

## **Verfahren nach § 18 des HzV-Vertrags – Verfahrensordnung**

### **Präambel**

Die Krankenkasse, der Hausärzteverband und MEDI e.V. (Verfahrensbeteiligte) haben sich in dem HzV-Vertrag darauf verständigt, bei allen Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit dem HzV-Vertrag oder über seine Gültigkeit sowie im Fall der Kündigung des HzV-Vertrags ein Verfahren gemäß den nachfolgenden Vorschriften (Verfahren) durchzuführen.

Verfahrensgegenstand eines solchen Verfahrens sind mithin Streitigkeiten, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem HzV-Vertrag oder über seine Gültigkeit ergeben (Streitigkeiten im Sinne des § 18 des HzV-Vertrags) sowie die Entscheidung über die Fortgeltung, Anpassung oder Beendigung des HzV-Vertrags nach einer Kündigung (Streitigkeit im Sinne des § 16 Abs. 5 des HzV-Vertrags). Je nachdem, um welche Art der vorstehend genannten Streitfragen es sich handelt, kommt dem Verfahren und der Schiedsperson eine unterschiedliche Funktion zu (siehe Ziffer II. bzw. III.).

### **I. Allgemeine Regelungen**

#### **§ 1**

#### **Einleitung des Verfahrens**

- (1) Das Verfahren wird eingeleitet, indem ein Verfahrensbeteiligter (Antragsteller) einen Schriftsatz im Sinne des Absatzes 2 an einen oder mehrere andere Verfahrensbeteiligte (Antragsgegner) übermittelt. Das Verfahren gilt mit dem Zugang des Schriftsatzes beim Antragsgegner als eingeleitet. Ist mehr als ein Antragsgegner am Verfahren beteiligt, so gilt das Verfahren mit Zugang des Schriftsatzes im Sinne des Absatzes 2 bei einem der Antragsgegner als eingeleitet.
- (2) Der Schriftsatz zur Einleitung (einleitender Schriftsatz) des Verfahrens muss einen bestimmten Antrag und eine Begründung enthalten. In der Begründung sind alle Tatsachen, auf die der Antrag gestützt wird, vorzutragen. Der verfahrenseinleitende Schriftsatz muss ferner einen Vorschlag für eine Schiedsperson im Sinne des § 2 enthalten.

#### **§ 2**

#### **Bestimmung der Schiedsperson**

- (1) Jeder Antragsgegner soll sich innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des einleitenden Schriftsatzes schriftlich gegenüber dem Antragsteller dazu äußern, ob er dessen Vorschlag der Schiedsperson zustimmt. Stimmt er dem Vorschlag nicht zu, soll er gleichzeitig eine andere Schiedsperson vorschlagen. Äußert sich der Antragsgegner nicht innerhalb dieser Frist oder äußert er sich, schlägt aber keine andere Schiedsperson vor, so gilt die Zustimmung als erteilt. Schlägt der Antragsgegner eine andere Schiedsperson vor, soll sich der Antragsteller mit allen Verfahrensbeteiligten ins Benehmen setzen, um eine Einigung über die Schiedsperson herbeizuführen.
- (2) Können sich die Verfahrensbeteiligten nicht innerhalb weiterer zwei Wochen nach Ablauf der in Absatz 1 genannten Frist auf eine Schiedsperson einigen, ist jeder Verfahrensbeteiligte berechtigt, den Präsidenten des Bundessozialgerichts um einen Vorschlag für die Bestimmung einer Schiedsperson zu bitten. Dieser Vorschlag ist für alle Verfahrensbeteiligten verbindlich.

### **§ 3**

#### **Schiedsperson**

- (1) Die Schiedsperson muss unabhängig und unparteilich sein. Sie übt ihr Amt nach bestem Wissen und Gewissen aus und ist dabei an keine Weisungen gebunden.
- (2) Die Schiedsperson muss die Befähigung zum Richteramt haben. Die Schiedsperson soll einschlägige Erfahrung auf dem Gebiet des Sozialrechts, insbesondere des SGB V, haben.

### **§ 4**

#### **Abberufung und Amtsniederlegung der Schiedsperson**

- (1) Die Schiedsperson kann aus wichtigem Grund abberufen werden; dies bedarf einer gemeinsamen schriftlichen Erklärung aller Verfahrensbeteiligten. Ein wichtiger Grund ist insbesondere gegeben, wenn die Schiedsperson über längere Zeit untätig ist und das Verfahren nicht vorantreibt.
- (2) Die Schiedsperson kann aus wichtigem Grund durch schriftliche Erklärung gegenüber allen Verfahrensbeteiligten ihr Amt niederlegen.
- (3) Die Schiedsperson hat in jeder Lage des Verfahrens ungefragt, unverzüglich und gegenüber allen Verfahrensbeteiligten alle Umstände offenzulegen, die Zweifel an ihrer Unabhängigkeit und Unparteilichkeit wecken könnten.

### **§ 5**

#### **Ort des Verfahrens**

Ort des Verfahrens ist Stuttgart.

### **§ 6**

#### **Allgemeine Verfahrensgrundsätze**

- (1) Ist eine Schiedsperson bestimmt und hat sie sich bereit erklärt, das Verfahren zu führen, schließen die Verfahrensbeteiligten mit der Schiedsperson zunächst einen Vertrag ab, der die Schiedsperson zur Durchführung des Verfahrens nach dieser Verfahrensordnung verpflichtet und zur Vergütung entsprechend § 11 Abs. 5 berechtigt.
- (2) Die Schiedsperson hat allen Verfahrensbeteiligten in gleicher Weise rechtliches Gehör zu gewähren und sie gleich zu behandeln.
- (3) Die Schiedsperson klärt den Gegenstand des Verfahrens nach pflichtgemäßem Ermessen auf. Sie kann hierzu insbesondere Auskünfte jeder Art einholen, Verfahrensbeteiligte und Dritte anhören, insbesondere Zeugen und Sachverständige befragen, oder deren schriftliche Äußerung einholen. Die Verfahrensbeteiligten sind verpflichtet, die Schiedsperson dabei zu unterstützen; sie sind insbesondere verpflichtet, ihr auf Verlangen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Informationen, die die Schiedsperson schriftlich oder mündlich, insbesondere telefonisch, erhält, sind allen Verfahrensbeteiligten unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Das gleiche gilt für Absprachen, die die Schiedsperson mit einem der Verfahrensbeteiligten trifft.
- (4) Die Schiedsperson soll den Verfahrensbeteiligten in jeder Lage des Verfahrens verfahrensfördernde Hinweise geben.

- (5) Das Verfahren soll innerhalb von sechs Monaten, nachdem die Schiedsperson ihr Amt übernommen hat, d.h. der Vertrag im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 abgeschlossen ist, beendet sein. Die Schiedsperson soll in jeder Lage des Verfahrens auf die Beschleunigung des Verfahrens und eine einvernehmliche Beilegung hinwirken.
- (6) Die Verfahrensbeteiligten können sich in dem Verfahren vertreten lassen, insbesondere durch Rechtsanwälte, und in der mündlichen Verhandlung zusätzliche Berater zur Unterstützung heranziehen.
- (7) Die Verfahrensbeteiligten sind verpflichtet, im einleitenden Schriftsatz und der Erwidern darauf möglichst umfassend vorzutragen und ihr sachliches Vorbringen sowie alle Angriffs- und Verteidigungsmittel zum frühestmöglichen Zeitpunkt in das Verfahren einzuführen.
- (8) Anträge können bis zur Entscheidung im Sinne des § 10 zurückgenommen werden. Die Schiedsperson kann im Fall einer Antragsrücknahme, auch einer Teilrücknahme, abweichend von § 11 Abs. 1 nach billigem Ermessen darüber entscheiden, wer die Kosten des Verfahrens zu tragen hat.
- (9) Soweit in dieser Verfahrensordnung nichts anderes bestimmt ist und sich aus der jeweiligen Funktion des Verfahrens im Sinne der nachfolgenden Ziffern II. und III. nichts anderes ergibt, sind die §§ 60-76, 99-106, 106a Abs. 3, 110, 112, 116-118, 121 und 122 SGG sinngemäß anzuwenden.

## **§ 7**

### **Schriftliches (Vor-)Verfahren**

- (1) Die mündliche Verhandlung im Sinne des § 8 soll durch Schriftsätze vorbereitet werden.
- (2) Ist der in § 6 Abs. 1 genannte Vertrag abgeschlossen, so hat die Schiedsperson dem bzw. den Antragsgegnern unverzüglich eine Frist zur Beantwortung des einleitenden Schriftsatzes zu setzen und alle sonstigen zweckentsprechenden Verfahrenshandlungen vorzunehmen.
- (3) Es liegt im Ermessen der Schiedsperson, ob auf die Stellungnahme im Sinne des vorstehenden Absatz 1 bzw. auf weitere Stellungnahmen hin einem Verfahrensbeteiligten nochmals Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme zu gewähren ist. Wird weitere Gelegenheit zur Stellungnahme gewährt, soll dafür eine angemessene Frist von nicht weniger als zwei Wochen gesetzt werden. Die zur Stellungnahme gesetzten Fristen können von der Schiedsperson unter Beachtung des in § 6 Abs. 5 bestimmten Beschleunigungsgrundsatzes auf Antrag verlängert werden.
- (4) Alle Schriftsätze, Unterlagen, Gutachten oder sonstigen Schriftstücke, die die Verfahrensbeteiligten in das Verfahren einführen, haben sie gleichzeitig in Abschrift den übrigen Verfahrensbeteiligten unmittelbar zur Kenntnis zu bringen.
- (5) Die Übermittlung von Schriftsätzen – mit Ausnahme des einleitenden Schriftsatzes – soll im Sinne der Verfahrensbeschleunigung an die Schiedsperson und die anderen Verfahrensbeteiligten vorab per E-Mail erfolgen. Die Zusendung vorab per E-Mail nebst vollständigen Anlagen ist – mit Ausnahme des einleitenden Schriftsatzes – fristwährend.

## **§ 8**

### **Mündliche Verhandlung**

- (1) Die Schiedsperson beraumt mindestens einen und, soweit erforderlich, mehrere Termine zur mündlichen Verhandlung an und lädt dazu alle Verfahrensbeteiligten. Die Ladungsfrist soll zwei Wochen nicht unterschreiten.
- (2) Die Schiedsperson leitet die mündliche Verhandlung und fertigt über den Inhalt der mündlichen Verhandlung eine Sitzungsniederschrift. Die Schiedsperson ist berechtigt, hierfür einen Protokollführer heranzuziehen.
- (3) Die mündliche Verhandlung ist nicht öffentlich. Auf übereinstimmenden Antrag der Verfahrensbeteiligten kann die Öffentlichkeit des Verfahrens hergestellt werden.

## **§ 9**

### **Säumnis**

- (1) Versäumt ein Verfahrensbeteiligter eine Frist zur Stellungnahme oder zur von der Schiedsperson aufgegebenen Vorlage einer Unterlage, oder versäumt es ein Verfahrensbeteiligter trotz ordnungsgemäßer Ladung, zu einem Termin zur mündlichen Verhandlung zu erscheinen, so kann die Schiedsperson in Abwesenheit des Verfahrensbeteiligten verhandeln und, sofern der Verfahrensstand dies erlaubt, eine Entscheidung im Sinne des § 10 treffen.
- (2) Wird die Säumnis nach Überzeugung der Schiedsperson genügend entschuldigt, bleibt sie außer Betracht. Im Übrigen können die Verfahrensbeteiligten über die Folgen der Säumnis etwas anderes vereinbaren.
- (3) Eine Verbindung des Verfahrens mit anderen Verfahren im Sinne des § 18 des HzV-Vertrags zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung ist nur mit Zustimmung der Verfahrensbeteiligten sämtlicher betroffener Verfahren möglich.

## **§ 10**

### **Entscheidung**

- (1) Die Schiedsperson entscheidet – soweit nicht alle Verfahrensbeteiligten einer Entscheidung allein auf Grundlage des schriftlichen Vorbringens zugestimmt haben – nach mündlicher Verhandlung. Die Entscheidung der Schiedsperson ist schriftlich zu begründen. Die Begründung enthält insbesondere:
  - a) den Ort und den Tag der Entscheidung,
  - b) den Namen der Schiedsperson,
  - c) den Sachverhalt und die gestellten Anträge,
  - d) den wesentlichen Inhalt der Aussagen der Zeuginnen oder Zeugen und Sachverständigen,
  - e) die Bezugnahme auf die Sitzungsniederschriften und
  - f) die Entscheidungsgründe.
- (2) Allen Verfahrensbeteiligten ist eine schriftliche Ausfertigung der begründeten Entscheidung gegen Zugangsnachweis zu übermitteln; sie soll spätestens drei Wochen nach dem Tag der letzten mündlichen Verhandlung zugehen.

- (3) Im Falle offenkundiger Unrichtigkeiten kann die begründete Entscheidung im Sinne des Absatzes 1 jederzeit von der Schiedsperson berichtigt werden.

## **§ 11**

### **Kosten für das Verfahren**

- (1) Die Verfahrensbeteiligten tragen die Kosten des Verfahrens zu gleichen Teilen. Sie haften für die Kosten des Verfahrens gesamtschuldnerisch.
- (2) Zu den Kosten des Verfahrens gehören
- a) die Vergütung der Schiedsperson,
  - b) angemessene Reisekosten sowie angemessene Spesen der Schiedsperson,
  - c) die Vergütung des Protokollführers und seine Reisekosten sowie angemessene Spesen,
  - d) die Kosten der mündlichen Verhandlung an einem geeigneten Verhandlungsort (einschließlich etwaiger Raummiete für den Verhandlungsort),
  - e) Kosten, die durch die Ermittlung des Sachverhalts entstehen und
  - f) sonstige angemessene, durch das Verfahren bedingte Auslagen der Schiedsperson.
- (3) Die Schiedsperson kann für die Kosten des Verfahrens im Sinne des Absatzes 2 vorab einen angemessenen Vorschuss verlangen. Der Vorschuss ist unverzüglich nach Rechnungsstellung fällig. Eine Abrechnung über den Vorschuss erfolgt nach Abschluss des Verfahrens.
- (4) Die Verfahrensbeteiligten tragen ihre durch das Verfahren bedingten Kosten, einschließlich der Vergütung ihrer Bevollmächtigten, selbst.
- (5) Die Verfahrensbeteiligten vereinbaren mit der Schiedsperson eine angemessene Vergütung. Wird das Verfahren anders als durch eine Entscheidung der Schiedsperson beendet, die nicht lediglich die Kostentragung zum Gegenstand hat, kann die Schiedsperson das Honorar entsprechend dem Verfahrensstand nach billigem Ermessen ermäßigen.
- (6) Die Schiedsperson haftet nur für Vorsatz.

## **II. Streitigkeiten im Sinne des § 18 des HzV-Vertrags**

### **§ 12**

#### **Schlichtungsverfahren**

- (1) Soweit die Schiedsperson gemäß § 18 des HzV-Vertrags über Streitigkeiten entscheidet, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem HzV-Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen den Verfahrensbeteiligten ergeben, wird sie als Schlichter tätig. Die Entscheidung der Schiedsperson im Sinne des § 10 ist in diesem Falle ein Schlichtungsvorschlag.
- (2) Dieser Schlichtungsvorschlag wird für die Verfahrensbeteiligten nur dann verbindlich, wenn nicht einer der Verfahrensbeteiligten innerhalb eines Monats nach Zugang der schriftlich begründeten Entscheidung im Sinne des § 10 Abs. 1 Klage zum zuständigen Sozialgericht erhoben hat.

### **III. Streitigkeiten im Sinne des § 16 Abs. 5 des HzV-Vertrags**

#### **§ 13**

#### **Entscheidung der Schiedsperson bei Kündigung des HzV-Vertrags**

- (1) Sofern Gegenstand des Verfahrens eine Entscheidung über die Fortgeltung, Änderung oder Beendigung eines gekündigten HzV-Vertrags ist im Sinne des § 16 Abs. 5 Satz 1 des HzV-Vertrags ist, entscheidet die Schiedsperson mit verbindlicher Wirkung für die Verfahrensbeteiligten (im Sinne einer Leistungsbestimmung durch einen Dritten gemäß § 317 BGB).
- (2) Die Schiedsperson kann während des Verfahrens die Fortgeltung der Bestimmungen des HzV-Vertrags um jeweils drei Monate verlängern, sofern dies im Hinblick auf die Dauer des Verfahrens tunlich erscheint.
- (3) Die Schiedsperson hat den Vertrag entweder für beendet zu erklären oder den geänderten oder unverändert fortgeltenden HzV-Vertrag seinem gesamten Wortlaut nach zum Inhalt der Entscheidung zu machen.
- (4) Jeder der Verfahrensbeteiligten hat das Recht, die Entscheidung der Schiedsperson – innerhalb der Grenzen des § 319 Abs. 1 Satz 1 BGB – durch das zuständige Sozialgericht überprüfen zu lassen.
- (5) Bis zur rechtskräftigen Entscheidung des zuständigen Sozialgerichts ist die Entscheidung im Sinne des § 10 von den Verfahrensbeteiligten als verbindlich zu behandeln. Schadensersatzansprüche der Verfahrensbeteiligten gegeneinander, die infolge der späteren Aufhebung oder Abänderung der Entscheidung der Schiedsperson durch das Sozialgericht entstehen können, sind ausgeschlossen.

**Rahmenvertrag für  
die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Auftrag**

zwischen der

**(„Krankenkasse“)**

und



**Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.**

Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Berthold Dietsche

**(„Hausärzteverband“)**

und dem

**MEDI**  **VERBUND**

**MEDI Baden-Württemberg e.V.**

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner

**(„MEDI e.V.“)**

sowie der



**HÄVG Hausärztliche  
Vertragsgemeinschaft eG**

Von-der-Wettern-Straße 27, 51149 Köln

vertreten durch die Vorstände Joachim Schütz und Dr. Jochen Rose

(„HÄVG“)

und

**MEDI** **VERBUND**

**MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH**

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Geschäftsführer Werner Conrad

(„MEDIVERBUND“)

**als Dienstleistungsgesellschaften für den Hausärzteverband und MEDI e.V.**

## PRÄAMBEL

Dieser Rahmenvertrag stellt die datenschutzkonforme Abwicklung der HzV sicher und enthält die dafür notwendigen Einzelregelungen zwischen den HzV-Partnern.

Nach dem HzV-Vertrag ist Voraussetzung der Auszahlung der HzV-Vergütung durch die Krankenkasse die ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen (§ 10 Abs. 1 des HzV-Vertrages). Für diese Abrechnung müssen bestimmte personenbezogene Daten von HzV-Versicherten an die Krankenkasse übermittelt werden. Die Krankenkasse benötigt diese Daten zur Prüfung der HzV-Abrechnung sowie im Rahmen des Prüfwesens gemäß § 73b Abs. 5 S. 5 in Verbindung mit § 106a Abs. 3 SGB V.

Würde der Hausarzt die Abrechnungsdaten selbst verarbeiten, bestünde aufgrund des damit verbundenen Zeitaufwandes wie der hierfür im erheblichen Umfang gebundenen Rechnerkapazitäten in der Praxis die Gefahr von Störungen des Betriebsablaufes. Um dies zu vermeiden und um mehr Zeit für die Versorgung der Patienten aufbringen zu können, beauftragen die teilnehmenden Hausärzte eine andere Stelle im Sinne des § 295 Abs. 1b SGB V mit der Erstellung der Abrechnung der ärztlich erbrachten Leistungen. Die Beauftragung ist erheblich kostengünstiger, als wenn der Hausarzt die Abrechnung selbst erstellen würde.

Der Hausärzterverband und MEDI e.V. sind als Vertragspartner der Krankenkasse (§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V) unter anderem verantwortlich für die ordnungsgemäße Durchführung der Leistungsabrechnung und Honorarverteilung an die teilnehmenden Ärzte. Zur Wahrnehmung dieser Pflichten bedienen sich der Hausärzterverband und MEDI e.V. der HÄVG (**Dienstleistungsgesellschaft**) als Erfüllungsgehilfe. Im Falle eines Ausscheidens der Dienstleistungsgesellschaft aus dem HzV-Vertrag wird MEDIVERBUND gemäß § 2 Abs. 5 Satz 5 des HzV-Vertrages Erfüllungsgehilfe des Hausärzterverbandes und MEDI e.V. und tritt in deren vertraglichen Pflichten und Rechte als Dienstleistungsgesellschaft ein. Die Dienstleistungsgesellschaft bedient sich hierzu ihrerseits des Rechenzentrums.

Dies vorangestellt vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

### § 1

#### Gegenstand des Vertrags, Beitritt Hausarzt

- (1) Dieser Rahmenvertrag für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Auftrag (**Rahmenvertrag**) ist als **Anlage 11** Bestandteil des HzV-Vertrages (Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V vom XX.XX.XXXX zwischen der der Krankenkasse, dem Hausärzterverband, MEDI e.V., HÄVG und MEDIVERBUND.
- (2) Gegenstand dieses Rahmenvertrages ist die Regelung der datenschutzrechtlichen Beauftragung des Hausärzterverbandes und MEDI e.V. und deren Unterauftragnehmern durch den Hausärzterverband und MEDI e.V. mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten für die Abrechnung der ärztlich erbrachten HzV-Leistungen des HAUSARZTES auf der Grundlage des HzV-Vertrages.
- (3) Die Krankenkasse, der Hausärzterverband, MEDI e.V. und die Dienstleistungsgesellschaft sind sich einig, dass der HAUSARZT diesem Rahmenvertrag beitreten kann, indem er die als **Anhang A** beigefügte Beitrittsklärung (**Datenschutzerklärung**) unterzeichnet und per Fax an die auf der Datenschutzerklärung aufgeführte Faxnummer der Dienstleistungsgesellschaft übermittelt.
- (4) Mit Wirksamwerden des Beitritts des Hausarztes durch Rücksendung der unterzeichneten Datenschutzerklärung zu diesem Rahmenvertrag kommt zwischen dem HAUSARZT und dem Hausärzterverband und MEDI e.V. eine Beauftragung gem.

§ 295 Abs. 1b S. 1 und 4 SGB V zustande. Der HAUSARZT wird nachfolgend auch als **Auftraggeber** bezeichnet. Der Hausärzterverband und MEDI e.V. werden nachfolgend auch als **Auftragnehmer** bezeichnet.

## § 2

### Pflichten der Vertragsparteien

- (1) Der Hausärzterverband und MEDI e.V. verpflichten sich, Ärzten, die an dem HzV-Vertrag teilnehmen wollen, diesen Rahmenvertrag und die diesem Rahmenvertrag als **Anhang A** beigefügte Datenschutzerklärung vor Erklärung der Teilnahme an dem HzV-Vertrag zusammen mit der Teilnahmeerklärung dem HAUSARZT zugänglich zu machen.
- (2) Der Hausärzterverband und MEDI e.V. verpflichten sich gegenüber dem HAUSARZT, die für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten nach Maßgabe der Regelungen dieses Rahmenvertrages zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.
- (3) Die Auftragnehmer stellen dem HAUSARZT für alle Fragen in Zusammenhang mit diesem Rahmenvertrag einen einheitlichen Ansprechpartner zur Verfügung. Die vollständigen Kontaktinformationen sind auf den Internetseiten des Hausärzterverbandes ([www.hausarzt-bw.de](http://www.hausarzt-bw.de)) und MEDI e.V. ([www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)) hinterlegt.

## § 3

### Anforderungen an die Datenverarbeitung

- (1) Die Auftragnehmer erheben, verarbeiten und nutzen personenbezogene Daten im Auftrag des Auftraggebers.
- (2) Der Auftrag umfasst die Aufbereitung der personenbezogenen Daten des Hausarztes und der personenbezogenen Daten der von ihm im Rahmen der HzV behandelten Versicherten der Krankenkasse sowie die Weiterleitung der für die Zwecke der Abrechnung der HzV-Vergütung (§§ 10 bis 14 des HzV-Vertrages) erforderlichen personenbezogenen Daten zum Zweck der Abrechnung an die Krankenkasse.
- (3) Für die Ausführung der Tätigkeit nach Abs. 2 leitet der Auftraggeber laufend je Abrechnungsquartal die erforderlichen Daten mittels des in **Anhang B** festgelegten EDV-Verfahrens an den Auftragnehmer über die Vertragssoftware weiter. Das Verfahren entspricht grundsätzlich den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Umsetzung des Datenaustauschs nach § 295 Abs. 1b SGB V (**Richtlinien**) und dem zwischen dem Hausärzterverband, dem MEDI e.V. bzw. Dienstleistungsunternehmen und der Krankenkasse festgelegten Verfahren. Die übermittelten Daten ergeben sich aus **Anhang B**. Die jeweils aktuelle Fassung von **Anhang B** ist im Internet unter [www.hausarzt-bw.de](http://www.hausarzt-bw.de) und [www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) abrufbar.
- (4) Die Auftragnehmer erstellen aus den Daten nach Abs. 3 elektronisch einen Abrechnungsdatensatz (**HzV-Abrechnung**, vgl. Anlage 3). Sie leiten die Daten ausschließlich zu dem Zweck der Abrechnung und Abrechnungsprüfung an die Krankenkasse weiter.

## § 4

### Pflichten der Auftragnehmer

- (1) Die Auftragnehmer erheben, verarbeiten und nutzen personenbezogene Daten ausschließlich für die Abrechnung von HzV-Leistungen mit der Krankenkasse und nach schriftlichen Weisungen des Auftraggebers.

- (2) Die Auftragnehmer gewährleisten, dass die in der Anlage zu § 78a SGB X bzw. § 9 BDSG genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen und eingehalten werden. Zu den Regelungstatbeständen des § 78a SGB X werden die im **Anhang C** aufgeführten technischen und organisatorischen Maßnahmen verbindlich festgelegt. Abweichungen von diesen Maßnahmen sind nur zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit zulässig. Aktualisierungen werden auf den Webseiten des Hausärzteverbands und MEDI e.V. bekannt gemacht, der HAUSARZT wird in diesem Fall benachrichtigt.
- (3) Die Auftragnehmer verpflichten sich, dem Auftraggeber und der nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V und § 38 Abs. 6 BDSG zuständigen Aufsichtsbehörde jederzeit während der Betriebs- und Geschäftszeiten Auskünfte zu erteilen und Zugang zu den Geschäftsräumen zu gewähren, in denen die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Auftrag erfolgt, sofern dies im Rahmen des Auftrags für die Überwachung des Datenschutzes erforderlich ist. Der Auftraggeber und die zuständige Aufsichtsbehörde sind berechtigt, mit den in § 80 Abs. 2 Satz 4 SGB X und § 38 Abs. 3 und Abs. 5 BDSG genannten Mitteln die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz sowie die ergänzenden Weisungen nach § 80 Abs. 2 Satz 3 SGB X zu kontrollieren, soweit es im Rahmen des Auftrags für die Überwachung des Datenschutzes erforderlich ist.
- (4) Die Auftragnehmer benennen einen Beauftragten für den Datenschutz und teilen dem Auftraggeber dessen Kontaktadresse schriftlich mit. Sie informieren ihn unverzüglich über Änderungen, die die Person oder die Kontaktdaten des Beauftragten für Datenschutz betreffen. Wenn (sofern rechtlich zulässig) kein Datenschutzbeauftragter bestellt ist, haben die Auftragnehmer dies zu begründen und die Meldepflichten nach §§ 4d, 4e BDSG zu erfüllen und dies dem Auftraggeber auf Verlangen nachzuweisen.
- (5) Die Auftragnehmer sind verpflichtet, für die auftragsgemäße Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis des § 35 Abs. 1 SGB I entsprechend und das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet sind. Die Auftragnehmer stellen sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der gesetzlichen Datenschutzvorschriften und insbesondere gemäß § 295 Abs. 1b SGB V, §§ 78a, 80 SGB X, § 35 Abs. 1 SGB I und der Regelungen des BDSG ausreichend informiert und angewiesen ist.
- (6) Die Auftragnehmer dürfen die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung überlassenen personenbezogenen Daten nur für die Dauer der Laufzeit des Rahmenvertrages speichern, es sei denn der Auftraggeber bestimmt schriftlich eine anderweitige Aufbewahrungszeit oder zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine andere Aufbewahrungsfrist vor. Die Auftragnehmer bewahren die personenbezogenen Daten innerhalb dieser Frist unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert auf. Sie geben sie ausschließlich an die Krankenkasse weiter, nicht an anderweitige Dritte.
- (7) Sämtliche Unterlagen und Daten sowie Verarbeitungs- oder Nutzungsergebnisse, die im Zusammenhang mit den in diesem Vertrag genannten Leistungen in den Besitz der Auftragnehmer gelangt sind, haben diese entsprechend den jeweiligen Vereinbarungen bzw. nach Beendigung des HzV-Vertrages auf Verlangen dem Auftraggeber auszuhandigen, soweit dies technisch möglich ist und keine gesetzlichen Pflichten entgegen stehen. Die Auftragnehmer haben im Zusammenhang mit der auftragsgemäßen Erfüllung der Dienstleistung Daten bzw. Datenbestände (physische Datenträger, elektronische Dateien und Datenbanken in ihren DV-Systemen), die sich in ihrem Besitz befinden, 12 Monate nach Auftragserledigung nichtreproduzierbar zu löschen bzw. physisch zu vernichten, wenn diese für die vertraglichen vereinbarten Dienstleistungen nicht mehr erforderlich sind oder der Auftraggeber eine entsprechende Weisung erteilt. Dies gilt auch für erzeugte Test- und Zwischenergebnisse.

Die Löschung bzw. Vernichtung haben die Auftragnehmer in geeigneter Weise zu protokollieren – ggf. maschinell – und auf Verlangen dem Auftraggeber vorzuzeigen.

- (8) Der Arbeitsablauf wird von den Auftragnehmern lückenlos und revisionssicher dokumentiert. Die Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12 Monaten nach Beendigung dieses Rahmenvertrages aufzubewahren. Sie ist dem Auftraggeber bzw. den Aufsichtsbehörden auf Verlangen vorzulegen.
- (9) Die Auftragnehmer verpflichten sich, keine Kopien oder Duplikate der Datenbestände bzw. Datenbanken ohne Wissen des Auftraggebers oder für andere Zwecke zu erstellen.
- (10) Die Auftragnehmer unterrichten den Auftraggeber unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.
- (11) Die Auftragnehmer sind nur berechtigt, die Daten im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder des Mitgliedstaates der EU oder anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den EWR zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen, für den im Rahmen des Abschlusses des Vertrags die Genehmigung erteilt wurde.
- (12) Die Auftragnehmer haben den bzw. die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten des Auftraggebers im Rahmen des Auftragsverhältnisses vorgesehene(n) Standort/Standorte bzw. ihre Geschäftsräume dem Auftraggeber vor Vertragsschluss schriftlich zu benennen (**Anhang E**). Eine Veränderung der Standorte, in denen Daten des Auftraggebers verarbeitet und/oder genutzt werden, bedarf der schriftlichen Zustimmung des Auftraggebers. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grund versagt werden. Die Auftragnehmer stellen sicher, dass ein Zugriff auf Daten des Auftraggebers von Standorten außerhalb der in **Anhang E** angegebenen Geschäftsräume der Auftragnehmer ausgeschlossen ist.

## § 5

### Pflichten des Auftraggebers

- (1) Für die Beurteilung der Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung sowie für die Wahrung der Rechte der Betroffenen bleibt allein der Auftraggeber verantwortlich. Das alleinige Verfügungsrecht über die Daten verbleibt bei dem Auftraggeber.
- (2) Die Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung richtet sich nach dem SGB V, insbesondere § 295 Abs. 1b SGB V in Verbindung mit den §§ 78a, 80 SGB X sowie nach den Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Der Auftraggeber erteilt alle Aufträge oder Teilaufträge schriftlich.
- (4) Der Auftraggeber ist verpflichtet und berechtigt, erforderlichenfalls Weisungen nach § 80 Abs. 2 Satz 3 SGB X (bzw. § 11 BDSG) betreffend die Ergänzung der bei den Auftragnehmern vorhandenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit zu erteilen. Die Weisungen sind schriftlich zu erteilen.
- (5) Der Auftraggeber informiert die Auftragnehmer unverzüglich über festgestellte Fehler oder Unregelmäßigkeiten der Auftragsleistung.

## § 6

### Information der Aufsichtsbehörden

- (1) Der Auftraggeber beauftragt hiermit die Auftragnehmer, der für den Auftraggeber zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz rechtzeitig die nach § 80 Abs. 5 SGB X erforderlichen Informationen zukommen zu lassen.

## § 7

### Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

- (1) Die Auftragnehmer verpflichten sich, bei der auftragsgemäßen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten des Auftraggebers das Sozialgeheimnis gemäß § 35 Abs. 1 SGB I entsprechend und das Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG zu wahren.
- (2) Das Sozialgeheimnis und das Datengeheimnis gelten auch nach Beendigung des Auftrags und nach Beendigung der Beschäftigungsverhältnisse des Personals der Auftragnehmer fort.

## § 8

### Unterauftragnehmer

- (1) Unterauftragnehmer, die für die Auftragnehmer unmittelbar Daten des Auftraggebers erheben, verarbeiten oder nutzen, dürfen von den Auftragnehmern nur mit vorheriger, schriftlicher Einwilligung des Auftraggebers eingeschaltet werden. Die Vertragsparteien und der Auftraggeber erklären hiermit ihr Einverständnis, dass a) die Dienstleistungsgesellschaft als Unterauftragnehmerin des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. tätig wird, b) der MEDIVERBUND als Unterauftragnehmer des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. tätig wird, wenn er im Falle eines Ausscheidens der Dienstleistungsgesellschaft aus dem HzV-Vertrag gemäß § 2 Abs. 5 Satz 5 des HzV-Vertrags Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes und von MEDI e.V. wird und in deren vertraglichen Pflichten und Rechte als Dienstleistungsgesellschaft eintritt, c) das Rechenzentrum als Unterauftragnehmer der Dienstleistungsgesellschaft tätig wird und d) in **Anhang D** dieses Rahmenvertrages aufgeführten Stellen zulässige Unterauftragnehmer sind.
- (2) Alle Unterbeauftragungen sind so auszugestalten, dass sie den Regelungen dieses Rahmenvertrages betreffend die Rechte und Pflichten von Auftraggeber und Auftragnehmern entsprechen. Der Auftraggeber muss zudem die Möglichkeit haben, die in diesem Rahmenvertrag niedergelegten Rechte auch unmittelbar gegenüber Unterauftragnehmern geltend zu machen. Dies gilt auch für den einzuhaltenden Mindeststandard hinsichtlich der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit. Die Auftragnehmer haben die Einhaltung dieser Pflichten regelmäßig zu überprüfen. Verträge mit Unterauftragnehmern zur Datenverarbeitung sind dem Auftraggeber auf Verlangen vorzulegen. Verhalten seiner Unterauftragnehmer ist den Auftragnehmern wie eigenes Verhalten zuzurechnen.
- (3) Die Regelungen dieses § 8 gelten auch für Unterauftragnehmer, die Prüfungen oder die Wartung von automatisierten Verfahren oder von Datenverarbeitungsanlagen der Auftragnehmer vornehmen. Derartige Aufträge sind dem Auftraggeber vor Vertragsschluss mitzuteilen. Zurzeit sind die im **Anhang D** aufgeführten Wartungsfirmen für die Auftragnehmer tätig.
- (4) Beauftragen die Auftragnehmer für den Datentransport einen Transportunternehmer, so hat er sicherzustellen und dem Auftraggeber auf Verlangen nachzuweisen, dass der Transportunternehmer den Datenschutzbestimmungen Genüge tut. Werden Unterlagen beim Auftraggeber abgeholt, so stellen die Auftragnehmer den Transportunternehmer mit einem schriftlichen Berechtigungsausweis für die Entgegennahme der Unterlagen aus.
- (5) Die vorstehenden Regelungen gelten auch im Hinblick auf die Beauftragung eines Unterauftragnehmers durch einen Unterauftragnehmer.

**§ 9  
Haftung**

- (1) Für die Haftung gelten die Regelungen im HzV-Vertrages.

**§ 10  
Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung**

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt mit seiner Unterzeichnung durch die Vertragsparteien in Kraft. Für den Hausarzt wird dieser Rahmenvertrag mit Beitritt wirksam.
- (2) Die Laufzeit und Kündigungsmöglichkeiten dieses Vertrages richten sich nach den Regelungen des HzV-Vertrages.

**§ 11  
Sonstige Regelungen**

- (1) Ergänzend gelten die Regelungen zu Vertragsänderungen nach § 17 sowie die Schlussbestimmungen gemäß § 22 des HzV-Vertrages.

**§ 12  
Anhänge/Vordrucke**

- (1) Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieses Rahmenvertrages:

<b>Anhang A</b>	Datenschutzerklärung
<b>Anhang B</b>	EDV-Verfahren und übermittelte Daten
<b>Anhang C</b>	Technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit
<b>Anhang D</b>	Übersicht über die Unterauftragnehmer/Wartungsfirmen
<b>Anhang E</b>	Standorte der Geschäftsräume des Auftragnehmers

- (2) Die Anhänge können einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern dieses Rahmenvertrages geändert werden. Diese Änderungen gelten ab dem Zeitpunkt auch für die anderen Vertragspartner dieses Rahmenvertrages; diese erklären sich durch ihren Beitritt mit diesem Verfahren einverstanden.

Stuttgart, den

---

**Krankenkasse**

---

**Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.**

Dr. med. Berthold Dietsche

---

**MEDI Baden-Württemberg e. V.**

Dr. med. Werner Baumgärtner

---

**HÄVG eG**

Joachim Schütz und Dr. Jochen Rose

---

**MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH**

Werner Conrad

**Anhang A**

**Per Fax an die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG für den Hausärzteverband Baden-Württemberg e.V.: 01805- 55 88 33 437**

**(EUR 0,14/Minute aus dem deutschen, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)**

**Datenschutzerklärung HAUSARZT**

**Beitrittserklärung nach § 1 des „Rahmenvertrages für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Auftrag“ zwischen der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft der Krankenkasse, dem Deutschen Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V., dem MEDI Baden-Württemberg e. V., der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG und dem MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH vom XX.XX.2010.**

Hiermit trete ich .....  
(Vorname) (Name)

Hiermit trete ich .....  
(LANR) (BSNR)

Praxis .....  
(Straße) (Hausnr.)  
.....  
(PLZ)

dem vorgenannten Rahmenvertrag (Anlage 8 zum HzV-Vertrag) bei.

Der Text des Rahmenvertrages liegt mir vor. Ich hatte ausreichend Zeit, den Inhalt des Rahmenvertrages einschließlich seiner Anlagen zur Kenntnis zu nehmen und bin nach reiflicher Überlegung mit dem Inhalt einverstanden. Der Text des Rahmenvertrages und seiner Anlagen ist im Internet unter [www.hausarzt-bw.de](http://www.hausarzt-bw.de) und [www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) abrufbar.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anhang B\* Technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß § 14 Abs. 2**

\* Bei den unterstrichenen, in Rot gesetzten „Anmerkungen“ / „Beispielen“ handelt es sich um Erläuterungen, die nicht Inhalt des Anhangs B, sondern als Hilfen für die Vertragspartner gedacht sind.

Zu den Regelungsstatbeständen des § 295 Abs. 1b Satz 6 SGB V in Verbindung mit § 78a SGB X werden folgende technische und organisatorische Maßnahmen festgelegt:

**1. Zutrittskontrolle**

Maßnahmen, damit Unbefugten der Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen verwehrt ist, mit denen personenbezogene Daten verarbeitet oder genutzt werden:

.....  
.....  
.....

Anmerkung: Die zum Zutritt befugten Personen (Mitarbeiter, Fremdbehörden, Fremdfirmen, Wartungsdienste, Anwendungsbetreuung) einschließlich des Umfangs der Befugnisse sollten festgelegt werden; zudem: Sicherung der Räume, Rollos, Schlüssel, Besucherregelung; Anwesenheitsaufzeichnung; Brand- und Bewegungsmelder; Bewachung, u. U. Spezialverglasung; Überwachung mittels Kamera etc.

**2. Zugangskontrolle**

Maßnahmen, damit die unbefugte Benutzung der Datenverarbeitungssysteme verhindert wird:

.....  
.....  
.....

Anmerkung: Es muss sichergestellt werden, dass nur befugte Personen Zugang zu den Datenverarbeitungssystemen haben. Datenverarbeitungssystem ist nach DIN 44300 Nr. 99 eine Funktionseinheit zur Verarbeitung von Daten. Dies betrifft die Hardware ebenso wie Datenverarbeitungsprogramme (Software) und Daten, durch deren Wechselwirkung der Verarbeitungsprozess möglich ist. Beispiele für entsprechende Maßnahmen sind: Festlegung und Kontrolle der Befugnisse (Zuordnung bestimmter Personalcomputer zu bestimmten Funktionen, etwa dem Zugriff auf eine bestimmte Datenbank); Identifikation sowie Berechtigungsprüfung der Benutzer; enge Begrenzung der befugten Benutzer, Einrichten einer formalen Benutzerverwaltung; Signaturverfahren zur Identifizierung eines Benutzers; Vergabe von Passwörtern; Zugriffsbeschränkungen; Einsatz eines virtuellen privaten Netzwerkes (VPN); spezielle Sicherheitssysteme, Einrichtung von sicheren Übertragungstechniken, etc.

### 3. Zugriffskontrolle

Maßnahmen, damit gewährleistet ist, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können und dass personenbezogene Daten bei Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können:

.....  
.....  
.....

Anmerkung: Die Zugriffskontrolle soll sicherstellen, dass zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigte ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können. Beispiele für Maßnahmen sind: Festlegung und Kontrolle der Zugriffsbefugnisse, differenziert nach Daten, Programmen und Zugriffsart (Trennung auch bei den Datenträgern vornehmen); Datenträgerkontrolle einschließlich Protokollieren der Befugten, Periodizität der Bestandskontrollen, Datenträgervernichtungsprotokollierung, Einschränkungen von Softwaremöglichkeiten zum Kopieren von Dateien und zu Datensicherungsmaßnahmen, Archivierung von Daten in einem Panzerschrank, etc.

### 4. Weitergabekontrolle

Maßnahmen, damit gewährleistet ist, dass Sozialdaten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung von Sozialdaten durch Einrichtungen zur Datenübertragung vorgesehen ist:

.....  
.....  
.....

Beispiele: Protokollierung der Abruf- und Übermittlungsaktivitäten; Anlegen und Fortschreiben einer Übersicht, die erkennen lässt, an welchen Stellen während welcher Zeitspannen welche personenbezogenen Daten durch Übertragungseinrichtungen übermittelt werden konnten bzw. können. Dazu gehört auch die Dokumentation der Abruf- und Übermittlungsprogramme, der Übermittlungsweg und -stellen sowie der entsprechenden Übermittlungs-Hardware.

### 5. Eingabekontrolle

Maßnahmen, damit gewährleistet ist, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem Sozialdaten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind:

.....  
.....  
.....

Beispiele: Festlegung, wer Daten eingeben darf, Kennzeichnung von Erfassungsunterlagen mit Namen und Datum nach Vollzug der Eingabe; Protokollieren der Netzverwaltung, der Lese- und Schreibzugriffe auf Dateien und der gescheiterten Zugriffsversuche, der Programmaufrufe; Dokumentation der Eingabeprogramme; Freigabeverfahren und Dokumentation der aktuellen Programmversion; Plausibilitätskontrollen

**6. Auftragskontrolle**

Maßnahmen, damit gewährleistet ist, dass Sozialdaten, die im Auftrag erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers erhoben, verarbeitet oder genutzt werden können:

.....  
.....  
.....

Beispiele: Festlegung der Kompetenzen und Pflichten von Auftragnehmer und Auftraggeber, Vereinbarung über Kündigungsmöglichkeiten, Vertragsstrafe, Kontrollrechte; Auswahl des Auftragnehmers unter Sorgfalts-Gesichtspunkten; Verwendung von Form- und Merkblättern zur Sicherung vollständiger und klarer Weisungen, Schriftlichkeit von Weisungen; Datenübergabe nur gegen Quittung oder verschlüsselt, so dass nur der Auftragnehmer entschlüsseln kann; Schutzmaßnahmen gegen wechselseitige Beeinflussung von verschiedenen Aufträgen durch festgelegte Funktionstrennung im Rechenzentrum des Auftragnehmers.

**7. Verfügbarkeitskontrolle**

Maßnahmen, damit gewährleistet ist, dass Sozialdaten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind:

.....  
.....  
.....

Beispiele: Einrichtung einer unterbrechungsfreien Stromversorgung; Verwendung von geeigneten Tresoren und/oder so genannten Wertwürfeln (die Sicherungskopien müssen in die Behältnisse passen); Restore-Funktionen testen; Daten und Programme getrennt sichern und verwahren; Betriebssystem Sicherungen nach dem Update erneuern.

**8. Gewährleistung, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Sozialdaten getrennt verarbeitet werden**

Maßnahmen:

.....  
.....  
.....

Beispiele: Trennung der Datensätze durch Speicherung in physikalisch getrennten Datenbanken; unterschiedliche Verschlüsselung von Datensätzen zur Abgrenzung der Zweckbindung; Festlegung von Rollen in einem Informationssystem: Administrator, Revisor, Benutzer.

## Prüfwesen

### § 1

#### Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die Krankenkasse prüft die Abrechnungen des HAUSARZTES über die Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3** im Rahmen der Abrechnung der HzV-Vergütung hinaus insbesondere hinsichtlich
  - a) des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht des HAUSARZTES;
  - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
  - c) der Plausibilität der Zahl der von HzV-Versicherten in Anspruch genommenen HAUSÄRZTE und sonstigen Ärzte und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der HzV-Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung auf Grundlage der ihr insoweit über die HzV hinaus vorliegenden Daten;
  - d) der vom HzV-Versicherten an den HAUSARZT zu zahlenden Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Bestehen von Befreiungsgründen) und des damit verbundenen Verfahrens gemäß § 43 b Abs. 2 SGB V.
- (2) Die Krankenkasse kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung des HAUSARZTES hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 3 Abs. 2 bis 5 des Vertrages überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.
- (4) Die Krankenkasse unterrichtet den Hausärzteverband und MEDI e.V. über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie die HzV betreffen.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die die HzV betreffen, kann der Hausärzteverband und MEDI e.V. den HAUSARZT zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt der Hausärzteverband und MEDI e.V. in der Regel mit dem HAUSARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der HAUSARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. kann mit Zustimmung des HAUSARZTES ein vom Hausärzteverband und MEDI e.V. und/oder von der Krankenkasse vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der Krankenkasse zu dem Gespräch hinzugezogen werden.
- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 oder eine Abrechnungskorrektur nach § 12 Abs. 3 nicht klären bzw. beseitigen, erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) in einem Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils 2 Vertretern der Krankenkasse und des Hausärzteverbandes und MEDI e.V. zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann der Hausärzteverband und MEDI e.V. rechtliche Schritte gemäß § 5 Absatz 3 des HzV-Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).

- (7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den HzV-Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen HzV-Versicherten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder HzV-Versicherte befragen. Dem HAUSARZT wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen gegeben.
- (8) Die Krankenkasse kann, sofern dazu Veranlassung besteht, den Hausärzteverband und MEDI e.V. zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3** auffordern. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. führt diese Abrechnungsprüfung über die HÄVG durch.
- (9) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die Krankenkasse zu Prüfungen nach dieser **Anlage 9** auffordern.
- (10) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der Krankenkasse auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.
- (11) Eine Abrechnungskorrektur nach § 12 Abs. 3 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser **Anlage 9** unberührt.
- (12) Die HzV-Partner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist. Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

## **§ 2** **Verhältnis zu § 106**

§ 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.