

Anhang 5 zu Anlage 8: Regelung der Obergrenze § 10 Abs. 9 HZV-Vertrag für die durch den VDEK vertretenen Ersatzkassen - BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk, HEK

§ 1

Regelung und Höhe der Obergrenze

- (1) Die Vertragspartner einigen sich auf einen finanziellen Rahmen (durchschnittliche direkte Vergütung des HAUSARZTES pro eingeschriebenen Versicherten und Quartal = Obergrenze) für die Leistungen aus diesem HZV-Vertrag nicht überschritten werden soll.
- (2) Der finanzielle Rahmen wird wie folgt festgelegt:
 - Ab dem 01.01.2025 gilt eine Obergrenze von 79,00 €
 - Ab dem 01.01.2026 gilt eine Obergrenze von 81,00 €
 - Ab dem 01.01.2027 gilt eine Obergrenze von 83,00 €
- (3) Sofern sich die Parteien vor dem 01.01.2029 auf weitere Honorarsteigerungen einigen, sind sich die Vertragspartner einig, dass der finanzielle Rahmen um die verhandelte Honorarsteigerung prozentual angepasst wird.
- (4) Ab dem 01.01.2029 entfällt die Obergrenze vollständig.

§ 2

Definitionen

- (1) **Zahlbetrag:** Ist der Betrag, der dem HAUSARZT in der Quartalabrechnung ausgewiesen wird, geteilt durch die Anzahl der beim HAUSARZT im jeweiligen Quartal eingeschriebenen Versicherten. Im Zahlbetrag sind aufgrund der Auszahlung der P1 im ersten Versichertenteilnahmequartal Vergütungen für die restlichen Quartale des Versichertenteilnahmejahrs enthalten (quartalsfremde Vergütung).
- (2) **Leistungsbetrag:** Ist der Betrag, der nach rechnerischer Subtraktion oder Addition der quartalsfremden Vergütungen aus dem Zahlbetrag berechnet und die Vergütung der Leistungen des HAUSARZTES im jeweiligen Quartal darstellt.

§ 3**Berechnung**

- (1) Stellen die Vertragspartner nach Eingang einer Quartalsabrechnung fest, dass die in § 1 Abs. 2 festgelegte Obergrenze überschritten worden ist, so wird im Folgequartal unter Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung im hausärztlichen Bereich die kontaktabhängige Pauschale P 2 so angepasst, dass der Grenzwert 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.
- (2) Zur Berechnung des Leistungsbetrags wird der Zahlbetrag mit folgenden quartalfremden 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 Q2-Q4 ohne Arzt-Patienten-Kontakt im ersten Versichertenteilnahmequartal und den folgenden Quartalen
 - Addition von $P1 \cdot 1/4$
 - Beispiel: $65 \text{ €} \cdot 1 / 4 = 16,25 \text{ €}$