

Anhang 5 zu Anlage 3 - Berechnung der versichertenbezogenen Obergrenze nach § 10 Abs. 7 des HzV-Vertrages

Die Ermittlung der Obergrenze erfolgt jeweils bezogen auf die Gesamtheit der eingeschriebenen Versicherten der jeweiligen Krankenkasse. Hierzu wird die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse im jeweiligen Abrechnungsquartal mit dem Betrag von 76,00 EUR multipliziert. Stellt der Hausärzterverband im Rahmen der Quartalsabrechnung für das aktuelle Abrechnungsquartal eine Überschreitung der Obergrenze der Krankenkasse fest, erfolgt für diese Krankenkasse eine Quotierung des Zuschlags für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder (P3) und/oder anderer vom Hausärzterverband bestimmter Vergütungspositionen der Anlage 3 in der Weise, dass die Obergrenze im jeweiligen Abrechnungsquartal nicht überschritten wird.

Beispiel zur Berechnung der Quotierung

Ausgangswerte:

Im Abrechnungsquartal eingeschriebene Versicherte der Krankenkasse: 10.000

Obergrenze der Krankenkasse: 10.000 x € 76 = € 760.000

Betrag für das aktuelle Abrechnungsquartal nach

Prüfung der Abrechnung durch den Hausärzterverband: € 761.500

Fehlbetrag: € 1.500

Zu quotierende Leistung: Besuch = € 30

Anzahl abgerechnete Besuche der Krankenkasse: 1.000

Honorar abgerechnete Besuche der Krankenkasse: 1000 x € 30 = € 30.000

Berechnung Quotierung Besuche [%]:

Quote = Fehlbetrag / Honorar abgerechnete Besuche: € 1.500 / € 30.000 = 5,00%

Ergebnis: 95,00% aller abgerechneten Besuche der Krankenkasse werden vergütet.