

Vergütung und Abrechnung

§ 1

HZV-Vergütungspositionen

(1) Die Vertragspartner vereinbaren für die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (HZV-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
Pauschalen			
P1 Strukturpauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages ▪ Vorhalten der Online-Infrastruktur ▪ Onlineteilnahmeprüfung von Versicherten zur Vermeidung von nicht vertragskonformer Inanspruchnahme ▪ Nutzung der Funktionalitäten des Arztportals zur HZV-Vertragsumsetzung (z.B. Vertreterarztsuche) ▪ Berücksichtigung der an den HZV-Vertrag angebotenen Selektivverträge gemäß Anlage 10 ▪ Unterstützung bei der Vermittlung von Facharztterminen in dringenden Fällen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versicherten-teilnahmejahr ▪ P1 wird jeweils anteilig pro Quartal ausgezahlt. Für die Berechnung wird immer das auf das Abrechnungsquartal folgende HZV-Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HZV-Vertrages zugrunde gelegt. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet 	36,00 EUR
P2 Kontaktabhängige Pauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrech- 	40,00 EUR

	<p>Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information der Versicherten zur HZV sowie Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des HZV-Vertrages 	<p>nungsquartal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung ▪ Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung ▪ bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP ▪ Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln sowie Aushändigung des Medikationsplans in einer zum Zeitpunkt gültigen Form 	<p>P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	<p>20,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ an den Patienten oder dessen Bezugsperson sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlucken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder ▪ bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.) ▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. ▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention 		
P5 Pflegeheimpauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung des Besuchs in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Die Anschrift der jeweiligen Einrichtung ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren 	15,00 EUR
Vertreterpauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG / eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	20,00 EUR
Zielauftragspauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb 	20,00 EUR

		<p>einer BAG / eines MVZ nicht abrechenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung max. 1 x pro Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	
<p>Zielauftragspauschale für diabetologische Schwerpunktpraxen (ZP DSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Speziell auf die Bedürfnisse von Diabetikern abgestimmte Versorgung für HZV-Versicherte, die bei einem anderen Betreuarzt eingeschrieben sind; durch diabetologisch besonders qualifizierte Hausärzte in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (gemäß Definition des Vertrags zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms gem. § 137 f SGB V in der jeweils aktuellen Fassung) im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der RSAV für die Mitbehandlung von Diabetikern ▪ ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale /Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG / eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die DSP ist durch den in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis tätigen diabetologisch besonders qualifizierten HAUSARZT nur bei einer Überweisung durch den Betreuarzt abrechenbar ▪ Nur abrechenbar, wenn Qualifikation „diabetologische Schwerpunktpraxis“ vorliegt ▪ Die DSP ist nicht abrechenbar für eigene HZV-Versicherte 	25,00 EUR
Zuschläge			
<p>Z1 VERAH-Zuschlag auf P3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung chronisch kranker Patienten durch einen VERAH-geprüften MFA (Versorgungsassistenten in der hausärztlichen Praxis) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P3 ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p>	5,00 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein MFA / Arzthelfer des Betreuertes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Z2 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr), sofern die in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	6,00 EUR
Z3 Zuschlag Palliativbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlung eines Palliativpatienten gemäß Leistungslegende EBM, Kapitel 3.2.5 bzw. 4.2.5 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 5 x pro HZV-Versicherten ▪ nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5 G ▪ mind. 1 Arzt- Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	80,00 EUR
Z4 Psychosomatik-Zuschlag auf P1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gemäß EBM vgl. Anhang 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ wird jeweils anteilig pro Quartal ausgezahlt. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung 	10,00 EUR
Einzelleistungen			
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 entsprechend der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen im EBM vorhandenen Leistungsbeschreibung (vgl. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	25,00 EUR

	<p>Anhang 1):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19.00 und 22.00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7.00 – 19.00 Uhr 		
<p>01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 entsprechend der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen im EBM vorhandenen Leistungsbeschreibung (vgl. Anhang 1)) <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 22.00 und 07.00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19.00 – 07.00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	<p>40,00 EUR</p>
<p>01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Mann</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 entsprechend der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen im EBM vorhandenen Leistungsbeschreibung (vgl. Anhang 1)) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>16,00 EUR</p>

<p>01745 Hautkrebsscreening</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 entsprechend der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen im EBM vorhandenen Leistungsbeschreibung (vgl. Anhang 1)) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HZV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ VP ist daneben nicht abrechenbar. 	<p>25,00 EUR</p>
<p>02300 Kleinchirurgischer Eingriff I oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen* am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden* 	<p>08,00 EUR</p>
<p>02301 Kleinchirurgischer Eingriff II oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen* am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden* 	<p>16,00 EUR</p>
<p>02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen* am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden* 	<p>30,00 EUR</p>
<p>03240 Hausärztlich-geriatriisches Basisassessment</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03240) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Versicherungsteilnahmejahr 	<p>17,00 EUR</p>
<p>33012 Schilddrüsen-Sonographie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33012) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal 	<p>11,00 EUR</p>
<p>33042 Abdominelle Sonographie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33042) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal 	<p>21,00 EUR</p>

<p>56091 Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen ▪ Ernährungsberatung (Vitamin K) ▪ Arzt-Patient-Kontakt ▪ Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen ▪ Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Passes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal und max. 6 x pro HZV-Versicherten ▪ Die Pauschale kann abgerechnet werden, wenn (1) dem Patienten erstmalig eine VKA-Therapie verordnet oder (2) der Patient auf eine VKA-Therapie umgestellt wird ▪ Zudem muss mindestens eine der in Anlage 3 im Anhang 5 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>25,00 EUR</p>
<p>56092 Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laboruntersuchungen ▪ Führen des Passes, Terminmanagement ▪ Einwirken auf die Adhärenz des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal bei Durchführung der VKA-Therapie ▪ Zudem muss mindestens eine der in Anhang 5 zu dieser Anlage 3 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Die 56092 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguCheck®) nicht abrechenbar. 	<p>20,00 EUR</p>
<p>Überprüfung Impfstatus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung Impfstatus (inkl. „Abstempeln“ Bonusheft) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>10,00 EUR</p>

* 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.

Definition	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß § 5 Abs. 4 lit. g) HZV-Vertrag benannter 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.
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem ersten Tag des Quartals, an dem der Versicherte als HZV-Versicherter im Sinne des HZV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HZV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an den Hausärzterverband). Bei einem 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 jeweils ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Versichertenteilnahmequartal	Ein Quartal innerhalb des Versichertenteilnahmejahres.
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind gemäß § 1a Ziffer 12 BMV-Ä rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder ▪ Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder ▪ MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass auch ein MVZ eine BAG ist. 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) Einzelleistungen, welche gemäß dieser Anlage 3 mit der aktuellen Bewertung nach EBM aufgenommen wurden, werden bei Erhöhungen in ihrer Bewertung im Kollektivvertrag ebenfalls im Rahmen dieser Anlage 3 zum jeweiligen Quartal angepasst.
- (3) Der Hausärzterverband und die VAG Hessen prüfen die Übertragbarkeit von Anpassungen der EBM Leistungen, die von Hausärzten abgerechnet werden können, unmittelbar nach der Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss.

§ 2 **Laufzeit**

Die Laufzeit dieser Anlage richtet sich grundsätzlich nach derjenigen des HZV-Vertrages. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung der hierin vereinbarten Vergütungspositionen gilt § 19 des HZV-Vertrages. Eine Anpassung der Vergütungspositionen soll in der Regel gemäß § 12 Abs. 6 des HZV-Vertrages nach vier Jahren vorgenommen werden.

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

- (1) Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „HZV-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 HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die VAG Hessen und der Hausärzterverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.
- (2) Der HAUSARZT hat alle Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.
- (3) 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 Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt.
- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die HZV-Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des HZV-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 an einen anderen HAUSARZT erfolgen.
- (5) Laborleistungen des HZV-Ziffernkranzes, die durch den HAUSARZT von Dritten bezogen werden, begründen keinen Behandlungsvertrag zum HZV-Versicherten. Sie sind dem beauftragten Dritten aufgrund gesonderter Vereinbarung mit dem und durch den HAUSARZT zu vergüten.
- (6) Sofern Leistungen erbracht werden, die im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

- (7) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
- a. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 - b. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
 - c. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.
- (8) Werden Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** zum Leistungsspektrum der HZV-Versorgung gehören, nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb einer BAG/eines MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HZV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, gilt dies als Doppelabrechnung im Sinne des § 14 Abs. 1 des HZV-Vertrages.
- (9) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.
- (10) 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.
- (11) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der regionalen "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 durch den Hausärzterverband

- (1) Der Hausärzterverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von dem Hausärzterverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum GmbH
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203/5756-1111
Fax: 02203/5756-1110

- (2) Das Rechenzentrum stellt dem HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal („Informationsbrief Patiententeilnahmestatus“) zu Verfügung. Diese Information erfolgt auf Basis des von der Krankenkasse übermittelten HZV-Versichertenverzeichnisses.
- (3) Für die im Informationsbrief Patiententeilnahmestatus als HZV-Versicherte ausgewiesenen Versicherten zahlt die Krankenkasse gemäß § 12 Abs. 4 des HZV-Vertrages eine Abschlagszahlung auf die HZV-Vergütung. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 12,00 EUR, für jeden, bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung der Krankenkasse erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat an den Hausärzterverband (z.B. für das 1. Quartal am: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal am: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.). Die Weiterleitung der Zahlung erfolgt unter Abzug der gemäß § 17 Abs. 2 des HZV-Vertrages fälligen Vorauszahlung auf die Verwaltungskostenpauschale durch den Hausärzterverband an den HAUSARZT spätestens monatlich jeweils zum 15. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal am: 15. Februar, 15. März, 15. April; z. B. für das 2. Quartal am: 15. Mai, 15. Juni, 15. Juli, usw.).
- (4) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzterverband 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 (05.01., 05.04., 05.07. und 05.10.) („HZV-Abrechnungsfrist“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzterverband berechtigt,

eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 Absatz 6 dieser **Anlage 3**) erst mit der nächstfolgenden Quartalsabrechnung vorzunehmen. Nachreichungen können vom Hausärzteverband für den HAUSARZT gegenüber der Krankenkasse innerhalb von fünf Quartalen nach Schluss des Leistungsquartals zur Abrechnung gebracht werden. Abrechnungsdaten aus Vorquartalen sind vom HAUSARZT spätestens vier Quartale nach Schluss des Leistungsquartals im Rechenzentrum nachzureichen; die Frist gemäß Satz 1 gilt entsprechend.

- (5) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 5 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.
- (6) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 5 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von einer Beanstandung der Krankenkasse im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 5 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht. Der Hausärzteverband prüft den Betrag aller von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 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 sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 6 Abs. 3 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.

§ 5

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 12 bis 17 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).
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 Diagnosedokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser **Anlage 3**.
- (2) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten. Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
 - (3) Auffälligkeiten im Rahmen der Abrechnungsprüfung, die nicht bereits abschließend im Wege einer Abrechnungskorrektur nach den §§ 13, 14 des HZV-Vertrages berücksichtigt wurden, können zu einer weiteren Prüfung nach Maßgabe der **Anlage 8** führen.
 - (4) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 6

Rechnungsstellung zur HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

- (1) Der Hausärzteverband übersendet nach seiner Abrechnungsprüfung die Abrechnungsdateien aller teilnehmenden Krankenkassen („**Abrechnungsdatei**“) zwischen dem 19. und 22. Kalendertag des 2. Monats eines jeden Quartals an die von der Krankenkasse schriftlich benannte Stelle. Eine Lieferung der Abrechnungsdatei zum 19. Kalendertag des 2. Monats eines jeden Quartals wird angestrebt. Kann dieser Termin nicht eingehalten werden, erfolgt unverzüglich nach Bekanntwerden eine „Verhinderungs- und Verzögerungsanzeige“ an die von der Krankenkasse schriftlich benannte Stelle. Spätestens fünf Arbeitstage nach Übersendung der Abrechnungsdatei erfolgt eine Vorabfreigabe durch die von der Krankenkasse schriftlich benannte Stelle. Unmittelbar nach erfolgter Vorabfreigabe übersenden der Hausärzteverband und das Rechenzentrum des Hausärzteverbandes den entsprechenden Rechnungsbrief an die Krankenkasse.
- (2) Die Krankenkasse ist innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Arbeitstagen („**Zahlungsfrist**“) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei und im Rechnungsbrief genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungs-

- brief gilt spätestens zwei Arbeitstagen (Montag bis Freitag) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird.
- (3) 14 Arbeitstage nach Erhalt der Abrechnungsdatei übersendet die von der Krankenkasse schriftlich benannte Stelle etwaige Rügen an den Hausärzterverband. Diese Rügen werden im Abrechnungslauf des darauffolgenden Quartals nach Prüfung durch das Rechenzentrum berücksichtigt.
 - (4) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von zwei Jahren („**BKK-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei insbesondere gemäß den in § 5 dieser **Anlage 3** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen und gegebenenfalls rügen kann. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HZV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HZV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzterverband innerhalb der BKK-Prüffrist schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Nach Ablauf der BKK-Prüffrist sind Abrechnungsrügen mit der Folge einer möglichen Verrechnung nach Maßgabe von § 14 Abs. 3 des HZV-Vertrages und dieser **Anlage 3** ausgeschlossen; die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen erfolgt nach Ablauf der BKK-Prüffrist gemäß den gesetzlichen Regelungen. Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das vom Hausärzterverband schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) der HÄVG als Zahlstelle des Hausärzterverbandes zu leisten.

§ 7

Auszahlung der HZV-Vergütung und Erstellung des Abrechnungsnachweises

- (1) Der Hausärzterverband ist berechtigt und verpflichtet, die HZV-Vergütung von der Krankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle.
- (2) Der Hausärzterverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessener Frist und unter Berücksichtigung des vollständigen Zahlungseingangs in Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten. Er ist berechtigt, unvollständige Zahlungen zurückzuweisen oder den eingegangenen Zahlbetrag unter Berücksichtigung der HZV-Vergütungsansprüche der HAUSÄRZTE angemessen aufzuteilen und an die HAUSÄRZTE weiterzuleiten.
- (3) Der Hausärzterverband stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“) schriftlich oder online unter www.arztportal.net zum Download bereit. Der Abrechnungsnachweis berück-

sichtigt die im Abrechnungsquartal nach Maßgabe des § 1 dieser **Anlage 3** erbrachten Leistungen, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 5 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 14 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.

- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den bereitgestellten Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich, spätestens vier Wochen nach Zugang mitzuteilen.
- (5) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzteverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern er dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 5 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 8

Anhänge

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

Anhang 1	Leistungsbeschreibung gemäß HZV-Ziffernkranz
Anhang 3	VERAH-Zuschlag
Anhang 4	Zuschlag Rationale Pharmakotherapie
Anhang 5	VKA-Therapie
Anhang 6	Einschreibepauschale