

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

**§ 1
HZV-Vergütungspositionen**

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **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 Kontaktunabhängige Grundpauschale		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ 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 ▪ 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, 7,50 EUR von der P1 abgezogen. <p>Voraussetzung:</p>	30,00 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt („Be-treuarzt“) vergütet 	
<p>P2 Kontaktabhängige Pauschale</p>	<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; Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und Abs. 5 des HZV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	35,00 EUR
<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 an den Patienten oder dessen Bezugsperson sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlu- 	<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-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mindestens ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	25,00 EUR

	<p>cken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 		
Vertreterpauschale	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 	12,50 EUR
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	12,50 EUR
Zuschläge			
Z1 Kleine Chirurgie-Zuschlag auf P1	Erbringung der Leistung „kleine Chirurgie“ durch den HAUSARZT gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Der Zuschlag erfolgt automatisch und wird ab dem Quartal, in dem der HAUSARZT die Leistung erbringt, abgerechnet. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung 	5,00 EUR
Z2 Sonografie-Zuschlag auf P1	Qualifikation des HAUSARZTES zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Der Zuschlag erfolgt automatisch und wird ab dem Quartal, 	8,00 EUR

		<p>in dem der HAUSARZT diese Qualifikation besitzt, abgerechnet.</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung 	
Z3 Psychosomatik-Zuschlag auf P1	Qualifikation des HAUSARZTES zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Der Zuschlag erfolgt automatisch und wird ab dem Quartal, in dem der HAUSARZT diese Qualifikation besitzt, abgerechnet. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung 	6,00 EUR
Z4 Versorgungsmanagement-Zuschlag auf P1	Noch zu definieren	Noch zu definieren	2,50 EUR
Z5 VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuertes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuerarzt vergütet 	8,00 EUR
Einzelleistungen „Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen“			
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes			
00030 LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“</p> <p>Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00031) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuerarzt vergütet 	15,00 EUR

	E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*		
00031 Nachsorgekontrolle bei positiven Befund	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (00030) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
00032 Diabetische Neuropathie	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“</p> <p>eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament)</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose¹ E1*.4- und/oder G59.0, G63.2, G99.0-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00033) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
00033 Nachsorgekontrolle bei positiven Befund	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose G59.0, G63.2 oder G99.0- und E1*.4- oder E1*.7-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie abrechenbar (00032) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie			
00034 pAVK	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00035) <p>Voraussetzung:</p>	15,00 EUR

	<p>„Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“</p> <p>eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI)</p> <p>Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose¹ (ICD I70.-)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
00035 Nachsorgekontrolle bei positiven Befund	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7- bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung pAVK ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung pAVK abrechenbar (00034) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
00036 Chronische Nierenkrankheit	<p>Untersuchung entsprechend der Praxisempfehlungen der DDG „Nephropathie bei Diabetes“</p> <p>Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen</p> <p>Wiederholung im 2-wöchigen Abstand</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Diagnose¹ N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00037) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
00037 Nachsorgekontrolle bei positiven Befund	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit (00036) 	15,00 EUR

	<p>Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei diabetischer Grunderkrankung N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 und E1*.2- oder E1*.7- • bei hypertensiver Grunderkrankung N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>¹ Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Diagnose nur, wenn der HAUSARZT diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat.</p>			
<p>Modul „Shared-Decision-Making“</p>			
<p>00038 Einsatz eines digitalen Moduls zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making)</p>	<p>Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 4 zur Anlage 3 aufgeführten Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 2x im Kalenderjahr ▪ 1x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 4 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung per Selbstauskunft ▪ Absolvierung einer Schulung zur Nutzung des Moduls ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ nicht neben der 00039 abrechenbar 	<p>15,00 EUR</p>
<p>00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter Einsatz des Shared-Decision-Moduls Depression, soweit die Depression bisher noch nicht bekannt war. Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Depression nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar ▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>30,00 EUR</p>

	Dokumentiert durch eine gesicherte spezifische Depressionsdiagnose F32.0-F32.3, F33.0-F33.4		
Einzelleistungen			
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I*	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): <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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	25,00 EUR
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II*	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): <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 begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	40,00 EUR
01730 Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01730 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x pro Kalenderjahr <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar bei Durchführung für HZV-Versicherte ab dem vollendeten 20. Lebensjahr 	20,00 EUR
01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann	<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 gemäß EBM, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x pro Kalenderjahr <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar bei Durchführung für HZV-Versicherte mit Vollendung des 45. Lebensjahr 	16,00 EUR

	vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)		
01745 Hautkrebsscreening	<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 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar bei Durchführung für HZV-Versicherte mit Vollendung des 35. Lebensjahres ▪ Vorliegen der entsprechenden Qualifikation; maßgebend ist die Selbstauskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzteverband 	25,00 EUR
03240 Hausärztlich-geriatrisches Basis-assessment	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03240)	Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr	17,00 EUR
01410 Hausbesuch	Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Hausarzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben. Liegt nicht vor, wenn der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch) (GOP 01410 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	30,00 EUR
01413 Mitbesuch	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie, beschützendes Pflegeheim) (GOP 01413 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Kann nicht am selben Tag mit Besuch und Vertreterpauschale abgerechnet werden 	11,00 EUR
Heimbesuch	Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Hausarzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich in ein Alten- und/oder Pflegeheim zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Max. 3 x pro Quartal abrechenbar ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Besuch und Vertreterpauschale abgerechnet werden ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	18,00 EUR

* Anmerkung:

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass bei übermäßiger Abrechnung dieser Einzelleistungen die Vertragsparteien über eine Anpassung verhandeln.

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des 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.).
Vertragsteilnahmejahr des Arztes	Ein Vertragsteilnahmejahr des Arztes umfasst vier aufeinander folgende Quartale und beginnt erstmalig ab dem auf die schriftliche Bestätigung der Teilnahme am Vertrag (Teilnahmebestätigung) folgenden Quartal.
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 den Hausärzterverband). 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"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).

§ 2 Laufzeit

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 3** nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31.03.2025 (§ 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages). Einigen sich die Krankenkassen und der Hausärzterverband bis zum 31. Dezember 2024 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelungen, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen bis zur Vereinbarung einer neuen Vergütungsanlage fort.

§ 3 **Allgemeine Vergütungsbestimmungen**

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „**HZV-Ziffernkranzes**“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Sollte innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V erfolgen, verhandeln der Hausärzterverband und die Krankenkasse, ob und wie diese Leistungen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** berücksichtigt werden bzw. entfallen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

II. Dokumentation

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 und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig 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 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 durch einen anderen HAUSARZT erfolgen.
- (3) 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 keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- (4) 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:
 1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 2. 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.
 3. 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.

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

- (1) 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 abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 2 des HZV-Vertrages.
- (2) 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 bzw. für die Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung 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) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Krankenkasse als zahlungsbegründete Unterlage eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“). Die Abrechnungsdatei weist die Beträge der von ihr für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HZV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 des HZV-Vertrages aus. Nachberechnungen für nicht aktuelle, sondern in der Vergangenheit liegende Quartale, werden separat von der Abrechnung für das jeweils aktuelle Quartal dargestellt.
- (2) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 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 dem Hausärzteverband 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).
- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
 - (4) Die Krankenkasse leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 13,00 € 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: 01.02., 01.03., 01.04.; z.B. für Q2: 01.05., 01.06., 01.07., usw.). Zahlungsbegründete Unterlage ist das für das jeweilige Quartal gültige HZV-Versichertenverzeichnis.
 - (5) Kommt die Krankenkasse mit der Auszahlung der HZV-Vergütung nach Maßgabe des § 10 sowie dieser **Anlage 3** in Verzug, ist der Betrag der dem jeweiligen HAUSARZT geschuldeten HZV-Vergütung in Höhe von 5,5% zu verzinsen. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens bleibt unberührt.
 - (6) Die Krankenkasse kann durch Erklärung gegenüber dem Hausärzteverband binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei und der weiteren Abrechnungsunterlagen sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei oder die weiteren Abrechnungsunterlagen 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 Hausärzteverband innerhalb der drei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 12 Abs. 3 ist anwendbar.

§ 5 Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

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

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

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

Der Hausärzteverband 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.

Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband 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 Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 6 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.

- (2) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungs-rügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, der von einer Beanstandung

der Krankenkasse im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie der Abrechnungsrüge betroffene ist, sofern und soweit dieser Teil der Abrechnungsdatei den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 6 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

- (3) Der Hausärzteverband prüft den Betrag aller von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 Abs. 2 dieser **Anlage 3**) 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 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.
- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (5) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit der Abrechnungsdatei weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.
- (6) 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 sie dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 6 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 6 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und/oder die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 13 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung 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**.
- (3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit 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 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 7 (entfallen)

§ 8 Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband 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 Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser Anlage 3) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser Anlage 3.
- (2) Die HÄVG ist berechtigt und verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 12 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der Anlage 3 weiterzuleiten; § 14 des HZV-Vertrages bleibt unberührt.
- (3) Die Krankenkasse zahlt die HZV-Vergütung mit befreiender 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 des HZV-Vertrages.

§ 9 Anlagen

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM
Anhang 2 zu Anlage 3: (derzeit nicht besetzt)
Anhang 3 zu Anlage 3: VERAH-Zuschlag
Anhang 4 zu Anlage 3: Shared-Decision-Making