

### 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:

1. Alle Leistungen sind für HZV-Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr sowohl vom Betreuerarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar; § 6 Abs. 2 bis 4 des HZV-Vertrages bleiben unberührt.
2. Jede einzelne Leistung ist entsprechend der jeweiligen Abrechnungsregel einmal täglich pro HAUSARZT und pro HZV-Versicherten abrechenbar.
3. Grundsätzlich sind alle Leistungen miteinander am selben Tag pro HAUSARZT und pro HZV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Ausnahmen werden in der nachfolgenden Tabelle ausdrücklich genannt. Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.
4. Zuschläge für Qualifikationen werden für das Abrechnungsquartal vergütet, in dem der HAUSARZT über die jeweilige Qualifikation verfügt.

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<b>Behandlungspauschale (P2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> („HZV-Ziffernkranz“) 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 des HZV-Vertrages</li> <li>• Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>• wird nur dem Betreuerarzt vergütet</li> </ul>	40,00 EUR
<b>P3 Besondere Betreuungspauschale für die</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P3 wird 1 x pro Abrechnungsquartal je HZV-</li> </ul>	Altersstufe A: 35,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<p><b>Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</b>                      Altersstufe A: 18-54,                      Altersstufe B: 55-75,                      Altersstufe C: ≥ 76</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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 (Schlucken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.)</li> <li>• Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den HAUSARZT.</li> <li>• Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention</li> </ul>	<p>Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal min. ein Arzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfüllung der Definition „chronisch krank“ gemäß § 3 Abs. 6 dieser Anlage 3</li> <li>• Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>• Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>	<p>Altersstufe B: 45,00 EUR</p> <p>Altersstufe C: 55,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<p><b>P4</b>  <b>Gesprächspauschale für die intensive Behandlung eines Patienten mit besonders hohem zeitlichen Betreuungsaufwand und komplexem Koordinationsbedarf</b></p>	<p>Gesprächsleistung speziell auf die Bedürfnisse multimorbider Patienten im Sinne der S3-Leitlinie Multimorbiditätsabgestimmter und P2/P3 übersteigender hausärztlicher Versorgungsaufwand, der sich in einem erhöhten bzw. intensiveren Anteil folgender hausärztlicher Aufgaben deutlich macht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit chronischen Erkrankungen durch den HAUSARZT oder die VERAH</li> <li>• Erarbeitung und Vermittlung eines ganzheitlichen und vernetzten Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen der vorliegenden chronischen Erkrankungen und unter Einbeziehung sowie Zusammenführung einschlägiger Leitlinien bei Patienten, die einer sehr engmaschigen allgemein-ärztlichen Koordination bedürfen</li> <li>• Koordination (fach-) ärztlicher/ pflegerischer/ sozialer und präventiver Maßnahmen durch den HAUSARZT oder die VERAH</li> <li>• Verstärktes und kontinuierliches Einwirken auf die Adhärenz und das Empowerment des Patienten; Medikationsmanagement ggf. Überleitungsmanagement stationär – ambulant; Einbindung des sozialen Umfelds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>• Mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Abrechnungsquartal</li> <li>• Nur in Zusammenhang mit der P3 abrechenbar</li> </ul>	<p>10,00 EUR</p>
<p><b>Vertreterpauschale</b></p>	<p>Vertretung im Rahmen der HZV gem. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</p> <p>Hausärztliche Versorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 1 x pro Quartal</li> <li>• bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul>	<p>25,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>des Patienten gemäß <b>Anhang 1 („HZV Ziffernkranz“)</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</p>	<p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>• wird nur dem Vertreterarzt („<b>Vertreterarzt</b>“) vergütet</li> </ul>	
<p><b>Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</b></p>	<p>Palliative hausärztliche Betreuung eines schwer kranken oder sterbenden Patienten in einer Situation mit erhöhtem pflegerischen und / oder medizinischen Betreuungsaufwand (s. Definition der WHO zu Palliativpatient).</p> <p>Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium.</p> <p>Zur Koordination der palliativmedizinischen Betreuung von Patienten gehören z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollständige Aufklärung Patienten und Angehörige über palliative Phase und dessen Konsequenzen</li> <li>• Angebot 24h Erreichbarkeit und ggf. Hausbesuch im Krisenfall durch die VERAH / Hausarzt</li> <li>• Angebot der Erstellung einer Patientenverfügung</li> <li>• Medikationsreduzierung in Abstimmung mit Patienten auf ein für die Palliativversorgung angemessenes Maß</li> <li>• Vermeidung von ungewollten Krankenhaus- / Rettungsdiensteinstätzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• max. 1 x pro Quartal</li> <li>• nicht abrechenbar neben Behandlungspauschalen P2, P3 und P4</li> <li>• nicht für HZV-Patienten abrechenbar, die bereits durch einen SAPV-Arzt betreut werden</li> <li>• alle bereits vor der SAPV-Versorgung erbrachten Leistungen werden im 1. Quartal der SAPV-Versorgung noch vergütet</li> <li>• bitte beachten Sie weitere mögliche Abrechnungsausschlüsse im SAPV-Vertrag</li> <li>• max. 5 x pro HZV-Patienten</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>• wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>• Vorliegen (ICD-10: Z51.5G Palliativbehandlung)</li> </ul>	<p>145,00 EUR</p>
<p><b>Koordinationspauschale für Bewohner von Pflegeeinrichtungen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausärztliche Betreuung von Bewohnern in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Abrechenbar je HZV-Versicherten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit</li> </ul>	<p>25,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Anschrift der jeweiligen Einrichtung in der Vertragssoftware</li> <li>• Koordination notwendiger Facharztbehandlung inkl. entspr. Kommunikation</li> <li>• Kommunikation mit Angehörigen (ggf. Betreuern) und Pflegekräften</li> <li>• Sicherstellung ausreichender Information für Vertretungsärzte oder Notfallbehandlungen</li> </ul>	<p>Pflegepersonal durch den HAUSARZT</p> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>• Ausschluss Versicherte gem. § 6 Abs. 2 des Vertrages und Versicherte in Pflegeeinrichtungen mit § 119b SGB V-Verträgen</li> </ul>	
<b>Zuschläge</b>			
<b>Psychosomatik-Zuschlag</b>	<p>Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuschlag für jeden eingeschriebenen Versicherten</li> <li>• max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>• maßgeblich ist die Selbstauskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzterverband</li> </ul>	4,00 EUR
<b>VERAH-Zuschlag auf P3</b>	<p>Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis), insbesondere durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ein interdisziplinäres, niederschwelliges, patientenorientiertes Case-Management</li> <li>• Patientenmotivation</li> <li>• Einschätzung der individuellen Patientensituation</li> <li>• Erstellung individueller Versorgungspläne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr)</li> <li>• Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in <b>Anhang 3</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> geregelt</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH</li> <li>• Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	5,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<b>Influenza-Impfzuschlag</b>	Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impfziffer 89111	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Impf-Zuschlag wird für jeden eingeschriebenen Versicherten ausgezahlt, wenn der HAUSARZT bei den HZV-Versicherten (Alter: ab 60 Jahren) die in <b>Anhang 2</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> näher geregelte Impf-Quote erreicht in einem Kalenderjahr</li> <li>• Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte</li> <li>• Wird nur dem Betreuarzt-vergütet.</li> </ul>	2,00 EUR/ Vertragsteil-nahmejahr
<b>Einzelleistungen</b>			
<b>Unvorhergesehene Inanspruchnahme I</b>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zwischen 19:00 und 22:00 Uhr (sofern die Inanspruchnahme nicht in der Terminabend-sprechstunde liegt) 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> <li>• kann nur außerhalb der regulären Sprechstunden erfolgen</li> </ul> <p>Die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, von Bereitschaftspraxen oder Rettungsstellen zählt nicht zur unvorhergesehenen Inanspruchnahme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden; die Begründung ist in der Abrechnung zu dokumentieren</li> </ul>	25,00 EUR
<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>• kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden; die Begründung</li> </ul>	40,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<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. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr</li> <li>• kann nur außerhalb der regulären Sprechstunden erfolgen</li> </ul> <p>Die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, von Bereitschaftspraxen oder Rettungsstellen zählt nicht zur unvorhergesehenen Inanspruchnahme</p>	<p>ist in der Abrechnung zu dokumentieren</p>	
<p><b>Gesundheitsuntersuchung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes</li> <li>• Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation</li> <li>• Ggf. Umstellung der Medikation auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen Ganzkörperstatus einschl. Dokumentation</li> <li>• Laboruntersuchung zur Ermittlung des Risikos für Diabetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure)</li> <li>• Urinuntersuchung mittels Streifentest</li> <li>• Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Nikotinmissbrauch, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung mit</li> </ul>	<p>Jedes zweite Kalenderjahr für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren abrechenbar</p> <p><b>Voraussetzung:</b> Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</p>	<p>35,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten		
<b>Besuch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geplante 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</li> <li>• Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01410 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</li> <li>• liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)</li> </ul>		30,00 EUR
<b>Ungeplanter eiliger Besuch bei P3 und P4 Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines Kranken zu begeben</li> <li>• angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, auch aus der Sprechstunde heraus</li> <li>• Begleitung Krankentransport</li> <li>• Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01411, 01412, 01415 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</li> <li>• liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht abrechenbar in Zeiten, zu denen der HAUSARZT an dem durch die KV organisierten Notfalldienst teilnimmt; maßgeblich sind die Zeiten nach Notfalldienstordnung in der jeweils gültigen Fassung</li> <li>• Nur für P3 und P4 Patienten abrechenbar</li> </ul>	60,00 EUR



Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<b>Mitbesuch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder Pflegeheim</li> <li>Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413, 01414 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht am selben Tag wie Besuch abrechenbar</li> </ul>	18,00 EUR
<b>Besuch durch VERAH bei Palliativpatienten</b>	<p>Besuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der o.a. Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</p> <p>Besuch im Krisenfall zur Entlastung des Arztes/ Steuerung der Heil-/Hilfsmittel und Arzneimittelversorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>Nicht bei SAPV-Inanspruchnahme durch den Patienten abrechenbar</li> <li>Nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen abrechenbar</li> </ul>	18,00 EUR
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer</b>	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C §25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Leistung wird 1 x im Kalenderjahr je männlichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet</li> <li>Vertreterpauschale ist daneben nicht abrechenbar</li> </ul>	16,00 EUR
<b>Krebsfrüherkennung Haut</b>	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ab dem 36. Lebensjahr</li> <li>einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren abrechenbar</li> <li>Vorliegen der entsprechenden Qualifikation; maßgeblich ist die Selbstauskunft des HAUSARZTES gegenüber dem Hausärzterverband</li> <li>Eine zusätzliche Abrechnung der Vertreterpauschale neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich</li> </ul>	25,00 EUR
<b>Postoperative hausärztliche Betreuung</b>	<p>Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Leistung ist abrechenbar nach jedem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchge-</li> </ul>	18,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten</li> <li>• Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation</li> <li>• Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen</li> <li>• Erläuterung des Arztbriefes einschließlich der erhobenen Befunde</li> <li>• Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen</li> <li>• Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten</li> <li>• ggf. Koordination der Nachuntersuchungen</li> <li>• Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinie, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG)</li> <li>• Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen</li> <li>• Unterstützung bei der Terminvereinbarung für notwendige Heilmittelbehandlungen</li> </ul>	<p>führt wurde oder nach jeder ambulant durchgeführten Operation sowie nach einer stationären Anschlussheilbehandlung nach einer vorherigen Operation ggf. auch mehrfach im Quartal abrechenbar, sofern der Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach dem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde, der ambulant durchgeführten Operation bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung erfolgt ist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten/stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar</li> <li>• die postoperative hausärztliche Betreuung ist pro durchgeführte Operation nur 1 x abrechenbar</li> </ul>	
<p><b>02300</b>  <b>Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02300)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301</li> <li>• Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben</li> </ul>	<p>8,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
		02300 und 02301 abgerechnet werden *	
<b>02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02301)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300</li> <li>Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300 und 02301 abgerechnet werden *</li> </ul>	16,00 EUR
<b>Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung der kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren</li> <li>Beurteilung der Sturzgefahr und Hirnleistungsstörungen mittels standardisierten Testverfahren (z. B. Timed "up &amp; go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment sowie MMST, SKT oder TFDD)</li> <li>Bei Bedarf Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes sowie des Wohnraumes und ggf. Arbeitsplatzes</li> <li>Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeit mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton / Brody, geriatrisches Screening nach LACHS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>max. 2 x pro Kalenderjahr</li> <li>abrechenbar für Versicherte mit geriatrischem Behandlungs- / Betreuungsbedarf</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>	17,00 EUR
<b>Schilddrüsen-Sonografie</b>	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33012 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> )		11,00 EUR
<b>Abdominelle Sonografie</b>	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33042 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>max. 2 x pro Quartal abrechenbar</li> </ul>	21,00 EUR
<b>Bauchaorten Sonografie</b>	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01747 und 01748 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>max. 1 x pro Leben</li> <li>nur abrechenbar für Männer ab dem 66. Lebensjahr</li> </ul>	25,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<b>Impfungen</b>	Siehe Regelungen des § 5 dieser <b>Anlage 3</b>		Vergütung gemäß regionaler Impfvereinbarungen
<b>Wegepauschalen</b>			
<b>Wegepauschale (Zone A)</b>	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Wegepauschale A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch oder Ungeplanter eiliger Besuch abgerechnet werden</li> <li>die Wegepauschale A ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Besuch durch VERAH, Wegepauschale B und Wegepauschale C abrechenbar</li> </ul>	5,00 EUR
<b>Wegepauschale (Zone B)</b>	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Wegepauschale B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch oder Ungeplanter eiliger Besuch abgerechnet werden</li> <li>die Wegepauschale B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Besuch durch VERAH und Wegepauschale A und Wegepauschale C abrechenbar</li> </ul>	10,00 EUR
<b>Wegepauschale (Zone C)</b>	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Wegepauschale C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch oder Ungeplanter eiliger Besuch abgerechnet werden.</li> <li>die Wegepauschale C ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Besuch durch VERAH und Wegepauschale A und Wegepauschale B abrechenbar</li> </ul>	15,00 EUR

\* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

Die Gebührenordnungspositionen 02300 und 02301 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävuussyndrom (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.

Begrifflichkeit	Beschreibung
Abrechnungsquartal	Abrechnungsquartal ist das Quartal, für das die Abrechnung der HZV-Vergütung erfolgt.
Arzt-Teilnahmejahr	Arzt-Teilnahmejahr ist der Zeitraum von jeweils 4 Quartalen gerechnet ab dem 1. Tag des Quartals, der auf den Tag der bestätigten Teilnahme des Arztes folgt.
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HZV-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 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"> <li>• Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder</li> <li>• Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder</li> <li>• MVZ untereinander</li> </ul> <p>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).</p>
Arzt-Patienten-Kontakt	Ein Arzt-Patienten-Kontakt setzt in der Regel die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient sowie die direkte Interaktion derselben voraus. Dies gilt insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen.

## § 2 Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser Anlage 3 nebst Anhängen treten mit Wirkung zum 01.10.2022 in Kraft. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt – unbeschadet der ausdrücklich in dieser Anlage 3 getroffenen Regelungen für die Änderungsmöglichkeit einzelner Vergütungsbestandteile – § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages.

## § 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

- (1) Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen 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 Krankenkasse und der Haus-

ärzterverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin abgerechnet. Anpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

- (2) Der HAUSARZT hat alle ICD-10-Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware nach der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des BfArM zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages).
- (3) Der HAUSARZT rechnet im Rahmen der Versorgung der HZV-Versicherten Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Wird der HAUSARZT als Vertreterarzt tätig, beschränkt sich die Leistungspflicht auf die für den Vertreterarzt abrechenbaren Vergütungspositionen. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand des HZV-Vertrages sind, abgedeckt. Auf das Verbot der Doppelabrechnung von HZV-Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung nach § 11a Abs. 3 HZV-Vertrag wird Bezug genommen.
- (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. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
- (5) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Das Abrechnungsverbot für die im HZV-Ziffernkranz enthaltenen EBM-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt hiervon unberührt.
- (6) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem hausärztlichem 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.
- (7) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen innerhalb einer Betriebsstätte ist nicht möglich.

## § 4

### Verbot der Doppelabrechnung für Stellvertreterärzte

- (1) Werden HZV-Leistungen dieser **Anlage 3** nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb einer Betriebsstätte (Stellvertreterarzt) zusätzlich als EBM-Leistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, gilt dies als Doppelabrechnung im Sinne des § 11a Abs. 3 des HZV-Vertrages.
- (2) Der HAUSARZT hat dafür Sorge zu tragen, dass diese Regel beachtet wird. Dabei ist unbeachtlich, ob der Stellvertreterarzt an der HZV teilnimmt.

## § 5

### Impfleistungen

- (1) 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 geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen". Davon unberührt bleiben Reiseimpfungen und Impfungen, die im Rahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes in die Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.
- (2) Ab dem 01.10.2022 sind alle Impfleistungen gemäß Absatz 1 Bestandteil des HZV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HZV-Vertrags abgerechnet.

## § 6

### Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzterverband gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzterverband der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzterverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 7 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HZV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages aus.
- (2) Die jeweilige Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen nach Übermittlung bzw. Eingang der Abrechnungsdatei („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 8 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Diese Prüffrist kann einvernehmlich verkürzt werden. Ist die jeweilige Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Hausärzterverband schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“) und ebenfalls innerhalb dieser Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrügedatei zu übersenden. Die Abrechnungsrügedatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN für ihre erbrachten Leistungen abgerechneten Positionen und die durch die Krankenkasse abgelehnten Abrechnungspositionen mit Ablehnungsgrund. Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
  - a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer weiteren Frist von acht Arbeitstagen („**Zahlungsfrist**“) nach Zugang des Rechnungs-

briefs unter Angabe des dort aufgeführten Verwendungszweckes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), zur Zahlung binnen fünf Arbeitstagen nach Zugang des Rechnungsbriefes unter Angabe des dort aufgeführten Verwendungszweckes verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird.

- b) Unvollständige oder nicht unter Angabe des Verwendungszweckes geleistete Zahlungen stellen keine Erfüllung im Sinne des § 6 Abs. 2 lit.a) dar und können durch den Hausärzteverband zurückgewiesen werden. Auf § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages wird verwiesen.
- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (4) Die Krankenkasse kann binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

## § 7

### 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 („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum GmbH  
Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln  
Service-Hotline: 02203 5756 1111  
Fax: 02203 57561110

- (2) Das vom Hausärzteverband beauftragte 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“) zur Verfügung. Diese Information erfolgt auf Basis des von der jeweiligen Krankenkasse übermittelten HZV-Versichertenverzeichnisses. Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.
- (3) Für die im Informationsbrief Patiententeilnahmestatus als HZV-Versicherte ausgewiesenen Versicherten zahlt die Krankenkasse gemäß § 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages eine Abschlagszahlung auf die HZV-Vergütung. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 13,50 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 Hausärzteverband (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 § 15 Abs. 2 des HZV-Vertrages fälligen Vorauszahlung auf die Verwaltungskostenpauschale durch den Hausärzteverband 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 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 (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 der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse 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 § 8 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.
- (6) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 8 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (7) Der Hausärzteverband stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („Abrechnungsnachweis“) online unter [www.arztportal.net](http://www.arztportal.net) zum Download bereit. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal nach Maßgabe des § 1 dieser **Anlage 3** erbrachten Leistung, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 8 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 11a Abs. 4 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.
- (8) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den 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.
- (9) 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 § 8 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

## § 8

### Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzterverband und die Krankenkasse bzw. eine von ihr benannte Stelle prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 15 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 Einzelleistungen und Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
  - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
  - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser **Anlage 3**.
- (2) Der Umfang der vom Hausärzterverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i. V. m. 1b SGB V inklusive der jeweils aktuellen Technischen Anlage 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) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§§ 11, 12 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 10** einschlägig sein.
  - (4) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

### § 9 Unbesetzt

### § 10 Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzterverband

- (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 der HÄVG insoweit als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der Hausärzterverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist.
- (2) Der Hausärzterverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist sowie der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten.
- (3) Die Krankenkasse zahlt die HZV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG als Zahlstelle des Hausärzterverbandes. 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 §§ 11, 11a des HZV-Vertrages.

- (4) Die HZV-Partner sind sich einig, dass der finanzielle Rahmen von 76,00 EUR (durchschnittliche direkte Vergütung des HAUSARZTES pro HZV-Versicherten und Quartal) für die Leistungen aus diesem HZV-Vertrag nicht überschritten werden soll. Stellen die Krankenkassen, der Hausärzterverband und die HÄVG nach Eingang einer Quartalsabrechnung fest, dass die Obergrenze von 76,00 EUR überschritten worden ist, so wird im aktuellen Quartal unter Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung im hausärztlichen Bereich die kontaktabhängige Pauschale P2 so angepasst, dass der Grenzwert von 76,00 EUR nicht überschritten wird.

## **§ 11 Anhänge**

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** HZV-Ziffernkranz  
**Anhang 2 zu Anlage 3:** Influenza-Impf- Quote  
**Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH