

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 ▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres ist von der P1 umfasst 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versicherten- teilnahmejahr ▪ 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 	60,00 EUR

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr ▪ Im ersten Versicherungsteilnahmequartal eines Versicherungsteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versicherungsteilnahmejahres 	<p>Betreuarzt des HZV-Versicherten war, 6,25 EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versicherungsteilnahmejahr, in dem der Arztwechsel/Ausscheiden des HAUSARZTES oder des HZV-Versicherten aus der HZV stattgefunden hat, auch mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Hat in einem solchen Fall kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden, wird dem HAUSARZT für jedes Quartal, in dem er nicht mehr Betreuarzt war, ein Betrag von 16,25 EUR von der P1 abgezogen</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) 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 des HZV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr ▪ Im ersten Versicherungsteilnahmequartal eines Versicherungsteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versicherungsteilnahmejahres ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>35,00 EUR</p>

<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 Medi. nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirts. 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.) ▪ 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 	<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 Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mindestens ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	<p>25,00 EUR</p>
---	---	---	-------------------------

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: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	12,50 EUR
Zuschläge			
Z1 Sonografie-Zuschlag auf P1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Anrechnung ab dem Quartal, in dem der Arzt diese Qualifikation besitzt <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

<p>Z2 VERAH-Zuschlag auf P3</p>	<p>Betreuung der Patienten durch einen VERAH-geprüften MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)</p>	<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> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein MFA/Arzthelfer des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>8,00 EUR</p>
<p>Z3 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2</p>	<p>Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware</p> <p>Derzeit ausgesetzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag für jeden betreuten Versicherten im Abrechnungsquartal (max. 3 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 	<p>4,00 EUR</p>
<p>Z4 Impfzuschlag auf P1</p>	<p>Influenza-Impfung für Versicherte über 60 Jahren gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P1 <p>1 x pro Versichertenteilnahmejahr bei Erreichung der in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>2,00 EUR</p>
<p>Einzelleistungen „Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen“</p>			
<p>Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes</p>			
<p>00030 LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)</p>	<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 E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*</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 Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>

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	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“</p>	<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>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.-, N18.8-, 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 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.-, N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, 	<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) ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit abrechenbar <p>Voraussetzung:</p>	15,00 EUR

	I13.2-, Z49.- oder Z99.2 und E1*.2- oder E1*.7- • bei hypertensiver Grunderkrankung N18.-, N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2	<ul style="list-style-type: none"> Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
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.			
Modul „Shared-Decision-Making“			
00038 Einsatz eines digitalen Moduls zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making)	Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 5 zur Anlage 3 aufgeführten Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> max. 2x im Kalenderjahr 1x pro Quartal Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 5 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 	15,00 EUR
00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue 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. Dokumentiert durch eine gesicherte spezifische Depressionsdiagnose F32.0-F32.3, F33.0-F33.4	<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 Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> Arzt-Patienten-Kontakt Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	30,00 EUR
Einzelleistungen			
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang	<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar Kann in zu begründen- 	25,00 EUR

	<p>1 zu dieser Anlage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Termin-Sprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr 	den Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	
<p>01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II</p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Termin-Sprechstunde 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 	40,00 EUR
<p>01730 ff Krebsfrüherkennungsuntersuchung</p>	<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) 		20,00 EUR
	<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, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 		16,00 EUR

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüh.Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 		25,00 EUR
Altersspezifischer jährlicher Präventionscheck	<p>Präventivmedizinische hausärztliche Untersuchung und Beratung analog EBM-Ziffer 01732, differenziert nach Altersstufen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bis 35. Lebensjahr mit Schwerpunkt Entwicklung, Ernährung, Bewegung und Suchtprophylaxe ▪ ab 36.-70. Lebensjahr mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf- Risiko-Vorbeugung ▪ ab 71. Lebensjahr mit Schwerpunkt Osteoporose/Sturzprophylaxe, geriatrisches Assessment/Demenz-Früherkennung sowie Reduktion von Multi-Medikation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ab 71. Lebensjahr max. 1 x Kalender-jahr, sonst max. 1 x in zwei Kalenderjah-ren ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Ziel-auftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. ▪ Ausnahme: es werden weitere per Ziel-Auftrag angeforderte Leistungen erbracht 	32,00 EUR
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.).		
Versichertenteilnahme-jahr	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 Hausärzteverband). 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.		

§ 2

Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31. März 2025 (§ 16 Abs. 2 des HZV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages.

§ 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**. 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 Landesverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen 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 jeweils 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 Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu diese **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, darunter auch die in Anhang 1 aufgeführten, mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen 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 Vertrages zu erbringen. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag bzw. Auftragsüberweisung an einen anderen HAUSARZT bzw. bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem HZV-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
3. Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem 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.
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 Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang.

VI. 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".
- (2) 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
Praxisgebühr
- entfällt -

§ 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** einschließlich der Übermittlung der Abrechnung über die vom HAUSARZT eingezogene Praxisgebühr nach vorstehendem § 4 verpflichtet. Das vom Hausärzteverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum GmbH

Edmund-Rumpler-Str. 2

51149 Köln

Service-Hotline: 02203 5756 1111

Fax: 02203 57561110

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

- (2) 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 HZV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.
- (3) 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 (vgl. § 6 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.

- (5) 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 § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 6 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 § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) 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.
- (8) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.
- (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 § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.
- (10) Sofern eine gerichtliche Geltendmachung erforderlich ist, ist der Hausärzteverband bei grundsätzlichen, also eine Vielzahl von Hausärzten betreffenden Differenzen mit der Krankenkasse über die Abrechnung der HZV-Vergütung aufgrund der Anwendbarkeit oder Auslegung einzelner Vergütungstatbestände nach dieser **Anlage 3** nebst **Anhängen** berechtigt

und verpflichtet, Ansprüche des HAUSARZTES gegenüber der Krankenkasse in gewillkürter Prozessstandschaft für den HAUSARZT geltend zu machen; der Hausärzteverband darf diese Ansprüche im Wege eines Musterverfahrens verfolgen und ist gleichzeitig berechtigt, die Klärung entsprechender Ansprüche weiterer Hausärzte bis zum Abschluss dieses Musterverfahrens zurückzustellen. Sollte die Führung des Musterverfahrens durch den Hausärzteverband in Prozessstandschaft aus prozessualen Gründen nicht zulässig sein, ist der HAUSARZT verpflichtet, auf Anforderung des Hausärzteverbandes eine Abtretung seines entsprechenden Teils des Anspruches auf die HZV-Vergütung zum Zwecke der Führung eines Musterverfahrens vorzunehmen, sofern diese Abtretung unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen des HAUSARZTES, zur Durchsetzung dessen Anspruchs das Musterverfahren geführt wird, zumutbar ist. Die Erträge dieses Verfahrens stehen nach Abzug der notwendigen Kosten der Rechtsverfolgung dem HAUSARZT zu.

§ 6

Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Krankenkasse eine vorläufige Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“). Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 dieser Anlage genannten Rechenzentrums. Die Abrechnungsdatei weist die Beträge der von ihr für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HZV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages aus.
- (2) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 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 Krankenkassen-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 Krankenkassen-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 Krankenkassen-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 Hausärzterverband benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzterverband spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (4) Die Krankenkasse kann durch Erklärung gegenüber dem Hausärzterverband 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 Hausärzterverband innerhalb der drei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 11a Abs. 3 des HZV-Vertrages ist anwendbar. Näheres vereinbaren der Hausärzterverband, die Krankenkasse und das Rechenzentrum für ihre technischen Prozesse.
- (5) Die Krankenkasse leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 10,50 EUR pro bei dem Hausarzt in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 5. Kalendertag für den Vormonat (z.B. für Q1: 5. Februar, 5. März, 5. April; z.B. für Q2: 5. Mai, 5. Juni, 5. Juli, usw.). Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sie die Höhe der Abschlagszahlungen nach Ablauf von vier Abrechnungsquartalen überprüfen und gegebenenfalls entsprechend anpassen werden. Im Falle einer Anpassung wird diese dem Hausarzt vor Beginn des Quartals, in dem die Anpassung gelten soll, schriftlich durch die HÄVG mitgeteilt.

§ 7

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die Krankenkasse bzw. eine von ihr benannte Stelle 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 i.V.m. 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 (§§ 11, 11a des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8 **Anhänge**

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß HZV-Ziffernkranz
- Anhang 2 zu Anlage 3:** Impf- und Check-up Quote
- Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag
- Anhang 4 zu Anlage 3:** Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag
- Anhang 5 zu Anlage 3:** Shared-Decision-Making