

## Anlage 3 – HZV-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 Betreuarzt 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>P2 Behandlungspauschale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausärztliche Versorgung 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</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 Betreuarzt vergütet</li> </ul>	40,00 EUR
<b>P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung</li> <li>• Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P3 wird 1 x pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Pa-</li> </ul>	Altersstufe A: 35,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<p><b>Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</b>                      Altersstufe A: 18-54,                      Altersstufe B: 55-75,                      Altersstufe C: ≥ 76</p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>tienten 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                      Altersstufe C: 55,00 EUR</p>
<p><b>P4 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr</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> </ul>	<p>10,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>Anleitung zum Umgang mit chronischen Erkrankungen durch den HAUSARZT oder die VERAH</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>• Nur in Zusammenhang mit der P3 abrechenbar</li> </ul>	
<p><b>Vertreterpauschale</b></p>	<p>Vertretung im Rahmen der HZV gem. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</p> <p>Hausärztliche Versorgung 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>	<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><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>25,00 EUR</p>
<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). Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium. Zur Koordination der palliativmedizinischen Betreuung von Patienten gehören z.B.</p>	<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> </ul>	<p>145,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<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- / Rettungsdienstleistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bitte beachten Sie weitere mögliche Abrechnungsaus-schlüsse 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>	
<b>Koordinationspauschale für Bewohner von Pflegeeinrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausärztliche Betreuung von Bewohnern in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal</li> <li>• Dokumentation der Anschrift der jeweiligen Einrichtung in der Vertrags-software</li> <li>• Koordination notwendiger Facharztbehandlung inkl. entspr. Kommunikation</li> <li>• Kommunikation mit Angehörigen (ggf. Betreuern) und Pflegekräften</li> <li>• Sicherstellung ausreichender Information für Vertretungs-ärzte oder Notfallbehandlungen</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 Pflegepersonal durch den HAUSARZT</li> </ul> <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>	25,00 EUR
<b>Zuschläge</b>			
<b>Psychosomatik-Zuschlag</b>	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> )	<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>	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungs-assistentin in der hausärztlichen Praxis), insbesondere durch:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr)</li> <li>• Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-</li> </ul>	5,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<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>	<p>Zuschläge werden in <b>Anhang 3</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> geregelt</p> <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>	
<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 Betreuarztvergütet.</li> </ul>	2,00 EUR/ Vertragsteilnahmejahr
<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,	<ul style="list-style-type: none"> <li>kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden; die Begründung ist in</li> </ul>	40,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>):</p> <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>der Abrechnung zu dokumentieren</p>	
<b>Gesundheitsuntersuchung</b>	<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 dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten</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>	35,00 EUR
<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</li> </ul>		30,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>		
<p><b>Ungeplanter eiliger Besuch bei P3 und P4 Patienten</b></p>	<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>	<p>60,00 EUR</p>
<p><b>Mitbesuch</b></p>	<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>	<p>18,00 EUR</p>
<p><b>Besuch durch VERAH bei Palliativpatienten</b></p>	<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</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>	<p>18,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	Heil-/Hilfsmittel und Arzneimittelversorgung		
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer</b>	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> )	<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>	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> )	<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>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 Rehabi-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Leistung ist abrechenbar nach jedem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt 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</li> <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>	18,00 EUR



Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>litation entsprechend der Heilmittelrichtlinie, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen</li> <li>• Unterstützung bei der Terminvereinbarung für notwendige Heilmittelbehandlungen</li> </ul>		
<b>02300</b> <b>Kleinchirurgischer Eingriff I 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 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 02300 und 02301 abgerechnet werden *</li> </ul>	8,00 EUR
<b>02301</b> <b>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

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<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>Bauchtaorten 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
<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 Nävuszellnävus-syndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sit-zung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - abrechenbar.

<b>Begrifflichkeit</b>	<b>Beschreibung</b>
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-Kon-taktes 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 Be-treuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teil-nimmt (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 Versi-chertenteilnahmejahr.
Berufsausübungsgemein-schaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammen-schlüsse von <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder</li> <li>• Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versor-gungszentren (MVZ) oder</li> <li>• MVZ untereinander</li> </ul> zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaf-ten, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisa-tionsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Be-trachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).
Arzt-Patienten-Kontakt	Ein Arzt-Patienten-Kontakt setzt in der Regel die räumliche und zeitgleiche An-wesenheit von Arzt und Patient sowie die direkte Interaktion derselben voraus. Dies gilt insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen.

## §2

### Laufzeit dieser Vergütungsanlage

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** treten mit Wirkung zum 01.01.2025 in Kraft und ersetzt die Regelung in der bis zum 31.12.2024 geltenden Fassung. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 6 in Ver-bindung mit § 17 Abs. 2 und § 23 Abs. 4 des HZV-Vertrages.

### §3

#### Allgemeine Vergütungsbestimmungen

- (1) Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1 zu dieser Anlage 3**. Sofern innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung Leistungsänderungen gemäß §§ 87 ff. SGB V erfolgen, verhandeln der Hausärzterverband und die Krankenkasse, ob und wie diese Leistungen im HZV-Ziffernkranz berücksichtigt werden. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach den im Rahmen der Regelversorgung geltenden Bedingungen abgerechnet. Anpassungen des HZV-Ziffernkranzes aufgrund dieser Regelung stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, im Rahmen der Dokumentation seiner ärztlichen Leistungen sämtliche 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). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.
- (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 dem HZV-Ziffernkranz in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt. Auf das Verbot der Doppelabrechnung von HZV-Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung nach § 12 Abs. 1 HZV-Vertrag wird ausdrücklich hingewiesen.
- (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 Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Das Abrechnungsverbot für die im HZV-Ziffernkranz enthaltenen EBM-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt hiervon unberührt.
- (6) Die Vergütung der P3 setzt u.a. 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.

#### §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 unzulässige Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 1 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 KV Berlin 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

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

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

- (2) Das Rechenzentrum stellt dem HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal („Informationsbrief Patiententeilnahmestatus“) zur Verfügung. Diese Information erfolgt auf Basis des von der Krankenkasse übermittelten HZV-Versichertenverzeichnisses.
- (3) Für die im Informationsbrief Patiententeilnahmestatus als HZV-Versicherte ausgewiesenen Versicherten zahlt die Krankenkasse gemäß § 10 Abs. 4 des HZV-

Vertrages eine Abschlagszahlung auf die HZV-Vergütung. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 12,00 EUR, für jeden, bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung der Krankenkasse erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat an den Hausärzterverband (z.B. für das 1. Quartal am: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal am: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.). Die Weiterleitung der Zahlung erfolgt unter Abzug der gemäß § 15 Abs. 2 des HZV-Vertrages fälligen Vorauszahlung auf die Verwaltungskostenpauschale durch den Hausärzterverband an den HAUSARZT spätestens monatlich jeweils zum 15. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal am: 15. Februar, 15. März, 15. April; z. B. für das 2. Quartal am: 15. Mai, 15. Juni, 15. Juli, usw.).

- (4) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzterverband seine Abrechnung der HZV-Vergütung („HZV-Abrechnung“) elektronisch oder per CD-ROM jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (05.01., 05.04., 05.07. und 05.10.) („HZV-Abrechnungsfrist“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzterverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse erst mit der nächstfolgenden Quartalsabrechnung vorzunehmen. Es gilt die Frist des § 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages.
- (5) Der Hausärzterverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 9 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 Hausärzterverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzterverband 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 § 9 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

- (7) Der Hausärzterverband 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 Leistungen, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 9 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.
- (8) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den bereitgestellten Abrechnungsnachweis des Hausärzterverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzterverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich, spätestens vier Wochen nach Zugang mitzuteilen.
- (9) Hinsichtlich möglicher über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzterverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der Hausärzterverband 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 § 9 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

## **§7**

### **Abrechnung der HZV-Vergütung 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 (§ 295 a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und vom Hausärzterverband geprüften Abrechnungspositionen der erbrachten Leistungen und



weist die Beträge der für den jeweiligen HAUSARZT geforderten HZV-Vergütung im Sinne des § 10 des HZV-Vertrages i. V. m. § 7 Abs. 3 nach dieser **Anlage** aus.

- (2) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen nach Übermittlung der Abrechnungsdatei („Krankenkassen-Prüffrist“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 9 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Diese Prüffrist kann einvernehmlich verkürzt werden. 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 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 Rechnungsbriefs unter Angabe des dort aufgeführten Verwendungszweckes zur Zahlung 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 acht 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 § 8 Abs. 2 a) dar und können durch den Hausärzterverband zurückgewiesen werden. Auf § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages wird verwiesen.

- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzterverband benannte Konto der HÄVG („Abrechnungskonto“) zu leisten.
- (4) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen über das Rechenzentrum geltend machen.

## **§8**

### **Abrechnungsprüfkriterien**

- (1) Der Hausärzterverband und die Krankenkasse 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 Diagnosedokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser **Anlage 3**.
- (2) Der Umfang der von dem 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.
  - (3) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.

- (4) 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.
- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

## **§9**

### **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 insoweit der HÄVG 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 angemessener kurzer Frist nach Erhalt und 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.

## **Anhänge**

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

**Anhang 1 zu Anlage 3:** HZV- Ziffernkranz Anhang

**Anhang 2 zu Anlage 3:** Influenza-Impfquote

**Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH