

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1 HZV-Vergütungspositionen

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.

- Sofern in den nachfolgenden Vergütungspositionen nichts anderes bestimmt ist, ist jede einzelne Leistung 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.

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Struktur- und Qualitätspauschale SQP	Leistungen zur Umsetzung der Teilnahmevoraussetzungen und besonderen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages sowie der Pflichten gemäß Anlage 2 zum HZV-Vertrag. Hierzu zählt z.B.: • Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung) • Vorhalten einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxis Ausstattung mit Vertragssoftware nach Anlage 1 • Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Einhaltung der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an die HZV • Behandlung nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien für die hausärztliche Versorgung	SQP wird nur dem gewählten Hausarzt pro eingeschriebenen HZV-Versicherten (§ 9 Abs. 3) und Quartal vergütet. Gewählter Hausarzt ist der Arzt, der auf der letzten gültigen Teilnahmeerklärung des HZV-Versicherten als solcher angegeben ist ("gewählter Hausarzt"). Werden in einem Abrechnungsquartal weitere Hausärzte durch den HZV-Versicherten aufgesucht, so werden alle Hausärzte mit Ausnahme des gewählten Hausarztes als Vertreter betrachtet (siehe Vertreterpauschale). Der oder die weiteren Hausärzte haben keinen Anspruch auf die Auszahlung der SQP.	8,00 EUR / Abrechnungsquartal

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	- Sprechstundenangebot in der Regel von Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage in Hessen sowie einer Terminabendsprechstunde für berufstätige HZV-Versicherte bis mindestens 19.00 Uhr pro Woche Übernahme der Aufgaben zur Wahrnehmung und Sicherstellung der Lotsenfunktion. Hierzu zählt z.B.: - Sammlung, Dokumentation, Übermittlung sowie Überwachung relevanter Befunde - Bei Bedarf regelmäßiger Austausch mit Fachärzten und sonstigen Leistungserbringern zur Abstimmung der Behandlung des HZV-Versicherten		
0000 Behandlungspauschale (BP)	Komplette hausärztliche Versorgung des Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie von Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung. Information der Patienten zu HZV, strukturierten Behandlungsprogrammen sowie spezifischen Angeboten der AOK Hessen, z.B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst, etc.	BP wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein Hausarzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat. Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden. Alle weiteren, in diesem Abrechnungsquartal aufgesuchten Hausärzte gelten als Vertreter (siehe Vertreterpauschale).	40,00 EUR / Abrechnungsquartal

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
0001 Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patient mit einer (progredienten) voranschreitenden weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium. Das umfasst die palliativmedizinische Betreuung des Patienten, z. B.: • Schmerztherapie • Symptomkontrolle • Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten, Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens • Erfassung des Patientenwillens • Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens • etc. Vergütung erfolgt zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs.3 dieser Anlage	• max. 1 x pro Quartal nicht abrechenbar neben BP Voraussetzung: • Mind. 1 Arzt-Patienten Kontakt im Abrechnungsquartal • Wird nur dem Betreuarzt vergütet	100,00 EUR / Abrechnungsquartal

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
0003 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung chronisch kranker Patienten mit geringer gesundheitlicher Beeinträchtigung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand (BBP)	• Hausärztliche Intensivbetreuung von Patienten mit chronischer Erkrankung und geringer gesundheitlicher Beeinträchtigung: Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung Einschreibung in DMP. • Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten 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, Anwendung von Inhalations-Devices). • Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention	• Max. 1 x pro Quartal • BBP ist nicht neben BBP EB und/oder BBP HB und/oder BBP BHB im selben Quartal abrechenbar Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet	17,00 EUR / Abrechnungsquartal
0003 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung chronisch kranker Patienten mit erheblicher gesund-	Hausärztliche Intensivbetreuung von Patienten mit chronischer Erkrankung und erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigung: • Grundlegende kontinuierliche Betreuung und Behandlung, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand	• Max. 1 x pro Quartal • BBP EB ist nicht neben BBP und/oder BBP HB und/oder BBP BHB. im selben Quartal abrechenbar Voraussetzung:	23,00 EUR / Abrechnungsquartal

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
heitlicher Beeinträchtigung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand (BBP EB)	von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsverordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP • Kontrolle, Sortierung und Begleitung der Polypharmazie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten 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, Anwendung von Inhalations-Devices). Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit. • Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung • Koordination (fach-) ärztlicher/ pflegerischer/ sozialer und präventiver Maßnahmen durch den Hausarzt • Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention	Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
0003 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung chro-	Hausärztliche Intensivbetreuung von Patienten mit chronischer Erkrankung und schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung: • Grundlegende kontinuierliche Betreuung und Behandlung, z.B.	• Max. 1 x pro Quartal • BBP HB ist nicht neben BBP und/oder BBP HB und/oder BBP BHB. im selben Quartal abrechenbar	30,00 EUR / Abrechnungsquartal

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
nisch kranker Patient mit schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung bei kontinuierlich erhöhtem Betreuungsaufwand (BBP HB)	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 Präventionsverordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP • Kontrolle, Sortierung und Begleitung der Polypharmazie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungs-gerechten 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, Anwendung von Inhalations-Devices). Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit. • Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. • Erarbeitung und Vermittlung eines ganzheitlichen und vernetzten Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen der vorliegenden chronischen Erkrankungen und unter Einbeziehung sowie Zusammenführung einschlägiger Leitlinien	Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet	

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	• Hausärztliche Koordination mehrerer gebietsärztlicher Untersuchungen mittels Überweisung sowie Auswertung und Besprechung der Befunde inkl. deren Einordnung in die Gesamtmorbidität des Patienten • Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention		
0003 Besondere Betreuungspauschale für die intensive Behandlung chronisch kranker Patienten mit besonders hohem zeitlichen Betreuungsaufwand und komplexem Koordinationsbedarf (BBP BHB)	• Hausärztliche Intensivbetreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen und besonders hohem zeitlichen Betreuungsaufwand sowie komplexem Koordinationsbedarf: Grundlegende kontinuierliche Betreuung und Behandlung, 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 Präventionsverordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP • Kontrolle, Sortierung und Begleitung der Poly-pharmazie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fach-ärzte) 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.	• Max. 1 x pro Quartal • BBP BHB ist nicht neben BBP und/oder BBP EB und/oder BBP HB. im selben Quartal abrechenbar Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet	38,00 EUR / Abrechnungsquartal

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	zum Essen, Anwendung Inhalations-Devices, Einnahmeintervalle etc.); Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit • Erarbeitung und Vermittlung eines ganzheitlichen und vernetzten Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen vorliegender chronischer Erkrankungen und unter Einbeziehung sowie Zusammenführung einschlägiger Leitlinien, die einer sehr engmaschigen allgemeinärztlichen Koordination bedürfen. • Sektorenübergreifende hausärztliche Koordination mehrerer gebietsärztlicher Untersuchungen mittels Überweisung sowie Auswertung und Besprechung der Befunde inkl. deren Einordnung in die Gesamtmorbidität des Patienten. • Koordination (fach-) ärztlicher/ pflegerischer/ sozialer und präventiver Maßnahmen durch den Hausarzt • Verstärktes und kontinuierliches Einwirken auf die Adherence und das Empowerment des Patienten; Medikationsmanagement ggf. Überleitungsmanagement stationär – ambulant; Einbindung des sozialen Umfelds • 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		
ZPDSP Zielauftragspauschale Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP)	Zuschlag für diabetologisch besonders qualifizierte Hausärzte (in diabetologischen Schwerpunktpraxen) für die Mitbehandlung diabetologisch erkrankter Patienten. Vergütung erfolgt zusätzlich zum	• Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: • Entsprechende Qualifikation liegt beim Hausarzt vor.	25,00 EUR / Abrechnungsquartal

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs.3 dieser Anlage	Wird nur dem beauftragten Arzt vergütet. Die Zielauftragspauschale DSP ist gesondert in der HZV-Abrechnung zu dokumentieren. Eine gesonderte Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) ist möglich.	
0004 Vertreterpauschale	Vollständige hausärztliche Versorgung eines Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen im Vertretungsfall (Behandlung von HZV-Versicherten, die einen anderen Hausarzt gewählt haben).	Die Vertreterpauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen Hausarzt eingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein Hausarzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat. Auf die Vertreterpauschale entfallen keinerlei Zuschläge. Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer BAG im Sinne von § 3 Ziffer IV HZV-Vertrag bzw. innerhalb eines MVZ ausgelöst.	17,50 EUR / Abrechnungsquartal
0005 Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung.	Ein Zielauftrag kann nur erteilt werden - für nicht-obligatorische Leistungen gemäß Anhang 1 und - sofern diese Leistung in der Praxis des den Zielauftrag erteilenden Hausarztes aufgrund fehlender Qualifikation / Ausstattung nicht erbracht werden kann (z.B. Kleine Chirurgie, Sonografie Belastungs-EKG) und - wenn er medizinisch erforderlich ist. Auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge. Ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird, kann nicht abgerechnet werden (§ 3 Ziffer IV). Die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar.	17,50 EUR / je Zielauftrag

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Einzelleistungen			
OVS (Online-) Videosprechstunde	- Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde oder - Durchführung einer Videofallkonferenz mit der / den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kraft / Pflege(fach)kräften mittels Videosprechstunde oder - Durchführung eines Videokonsils.	- Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: - Nutzung eines von der KBV bzw. dem GKV-Spitzenverband zertifizierten Videodiensteanbieter gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä - Wird nur bei Vorliegen des Praxisausstattungsmerkmals „Angebot Videosprechstunde“ vergütet.	10,00 EUR / Leistung
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 1	Inanspruchnahme (durch HZV-Versicherte) zwischen 19.00 und 22.00 Uhr; an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. Dezember und 31. Dezember zwischen 07.00 und 19.00 Uhr.	Kann nicht am gleichen Tag wie „Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 2“ abgerechnet werden.	25,00 EUR / Leistung
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 2	Inanspruchnahme zwischen 22.00 und 07.00 Uhr; an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. Dezember und 31. Dezember zwischen 19.00 und 07.00 Uhr.	Kann nicht am gleichen Tag wie „Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 1“ abgerechnet werden.	40,00 EUR / Leistung
01410 Hausbesuch	Ärztliche Inanspruchnahme (auch dringend), zu der der Hausarzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben. Liegt nicht vor, wenn der Hausarzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist.		32,00 EUR / Leistung
01413 Mitbesuch	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft. (z. B: Familie)	Kann nicht am gleichen Tag wie „Hausbesuch“ abgerechnet werden. Die Wegepauschale über die KV Hessen kann nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abgerechnet werden.	15,00 EUR / Leistung

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
1490 Zuschlag für Besuche bei Palliativpatienten	liegt vor bei einem Besuch des Hausarztes bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten Palliativmedizinische Betreuung des Patienten, z.B. Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung (auch in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern), Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen, etc. Vergütung erfolgt zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs.3 dieser Anlage	wird nur dem Betreuarzt vergütet kann neben der Leistung Hausbesuch abgerechnet werden	20,00 EUR / Leistung
1417 Besuch durch VERAH	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten Vergütung erfolgt zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs.3 dieser Anlage	Wird nur dem Betreuarzt vergütet Voraussetzung: Nachweis des Hausarztes gegenüber dem Hausärzteverband durch Vorlage des entsprechenden Zertifikates, dass mindestens ein MFA/Arzthelfer über eine Qualifikation nach Anhang 4 verfügt und dort näher beschriebene Aufgaben übernimmt.	18,00 EUR / Leistung
01711 bis 01719 Kindervorsorge	Kindervorsorgeuntersuchungen U1 - U9. Vergütung erfolgt zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs.3 dieser Anlage	Der Hausarzt kann die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9 für bei ihm eingeschriebene Patienten bei einem an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt erbringen lassen. Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale ist nicht möglich.	30,00 EUR / Untersuchung

Anlage 3

HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
91102 und 91120 Kindervorsorge	Kindervorsorge U10 und U11 Vergütung erfolgt zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs.3 dieser Anlage	Der Hausarzt kann die Kindervorsorgeuntersuchungen U10 und U11 für die bei ihm eingeschriebenen Patienten bei einem an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt erbringen lassen. Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale ist nicht möglich	50 EUR / Untersuchung
01720 Jugendvorsorge	Jugendvorsorge J1 Vergütung erfolgt zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs.3 dieser Anlage	Der Hausarzt kann die Jugendvorsorgeuntersuchung J1 für die bei ihm eingeschriebenen Patienten bei einem an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt erbringen lassen Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale ist nicht möglich.	40,00 EUR / Untersuchung
91121 Jugendvorsorge	Jugendvorsorge J 2 Vergütung erfolgt zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 17 Abs.3 dieser Anlage	Der Hausarzt kann die Jugendvorsorgeuntersuchung J2 für die bei ihm eingeschriebenen Patienten bei einem an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt erbringen lassen. Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale ist nicht möglich	50 EUR / Untersuchung
02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300)	- Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 - Kann in Ausnahmefällen* am selben Tag neben 02301 und 02302 abgerechnet werden	8,00 EUR / Leistung
02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301)	- Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 - Kann in Ausnahmefällen* am selben Tag neben 02300 und 02302 abgerechnet werden	16,00 EUR / Leistung
02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302)	- Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 - Kann in Ausnahmefällen* am selben Tag neben 02300 und 02301 abgerechnet werden	30,00 EUR / Leistung

Anlage 3

HZV- Vergütungsposi- tion	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
33042 Sono Abdomen	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33042)	Max. 2 x pro Quartal	21,00 EUR / Leistung
33012 Sono Schilddrü- sen	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33012)		11,00 EUR
* Ausnahmefall bedeutet: Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - abrechenbar.			

Anlage 3

Zuschläge auf BP			
Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln.	Steuerung erfolgt über die Vertragssoftware gemäß Anlage 1, sobald diese von der gemeinsamen Arbeitsgruppe erarbeitet wurde.	6,00 EUR / Quartal
Psychosomatik-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1).	• Zuschlag auf jede vergütete BP • Wird nur dem Betreuarzt vergütet Voraussetzung: Nachweis der Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung ggü. der HÄVG	2,00 EUR / Quartal
Präventionszuschlag	Durchführung einer der folgenden Leistungen: • Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs- Richtlinien • Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie • Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	• Max. 1 x pro Quartal • Voraussetzung: • Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat mindestens eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Gesundheitsuntersuchung (18-34 Jahren): einmalig bei HZV-Versicherten im Alter zwischen 18 und 34 Jahren abrechenbar (01732B) - Gesundheitsuntersuchung (ab 35 Jahren): max. 1x in zwei Kalenderjahren bei HZV-Versicherten ab 35 Jahren abrechenbar - Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr	25,00 EUR / Quartal
Zuschläge auf BBP, BBP EB, BBP HB, BBP BHB			
VERAH-Zuschlag	Betreuung chronisch kranker Patienten durch VERAH (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis).	Der VERAH-Zuschlag wird automatisch auf BBP bis BBP BHB aufgeschlagen, sobald der Hausarzt gegenüber dem Hausärzterverband durch Vorlage des entsprechenden Zertifikates nachgewiesen hat, dass mindestens ein MFA/Arzthelfer über eine Qualifikation nach Anhang 4 verfügt und dort näher beschriebene Aufgaben übernimmt.	9,00 EUR / Quartal

§ 2 Laufzeit

Die Laufzeit der Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser Anlage 3 richtet sich nach § 10 Abs. 3 HZV-Vertrag. Für Änderungen der Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 4 HZV-Vertrag mit Ausnahme der Regelungen des HZV- Ziffernkranzes.

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

1. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

Der Leistungsumfang der Pauschalen (SQP, BP, BBP, BBP EB, BBP HB, BBP BHB), der entsprechenden Zuschläge und der Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des "EBM-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 nicht-obligatorische Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HZV-Ziffernkranz nach Anhang 1, soweit die AOK Hessen und der Hausärzteverband insoweit keine abweichende Regelung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen außerhalb der HZV abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 zu dieser Anlage 3 stimmt der Hausarzt bereits jetzt zu.

2. Abrechnung des Hausarztes 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 und Einzelleistungen gemäß dieser Anlage 3 ab. Damit sind grundsätzlich alle hausärztlichen, von der HZV erfassten Leistungen abgegolten. Die im HZV-Ziffernkranz (Anhang 1) als obligatorisch gekennzeichneten Ziffern müssen dabei, soweit im Einzelfall medizinisch erforderlich, zwingend vom Hausarzt als Teil der Pauschalen (§ 1) abgerechnet werden. Sie dürfen nicht gesondert gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abgerechnet werden.
- (2) Leistungen, die im EBM-Ziffernkranz (Anhang 1) als Bestandteil der Pauschale, aber als nicht-obligatorisch gekennzeichnet sind, sind vom Hausarzt als Bestandteil der Pauschale zu erbringen, sofern er sie nach seiner Qualifikation und/oder Ausstattung selbst erbringen kann. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation oder 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 Kosten der in dem EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß dieser Anlage 3 abgegolten.

- (3) Die Vergütung der Besonderen Betreuungspauschalen (BBP, BBP EB, BBP HB, BBP BHB) setzt das Vorliegen von chronischen oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Hierbei ist davon auszugehen, dass der Betreuungsaufwand bei steigender gesundheitlicher Beeinträchtigung unter Berücksichtigung des Schweregrads der Erkrankung sowie deren Interaktion steigt.
- (4) Der Behandlungsauftrag von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang. So sind insbesondere bei Kleinkindern die Entwicklungsdiagnostik, die altersgemäßen Vorsorgeuntersuchungen oder Impfleistungen vom Betreuarzt gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.
- (5) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der AOK Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen geschlossenen Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen. Ebenfalls zum nächstmöglichen Zeitpunkt sind zusätzlich Impfungen für berufliche sowie Reiseindikation, sofern Bestandteil der hessischen Impfvereinbarung, Leistungsumfang des HZV-Vertrages. Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen in der HZV-Abrechnung zu dokumentieren.

3. Dokumentation

Der Hausarzt hat alle in Zusammenhang mit der Anamnese, Untersuchung, Befundung, Therapie bzw. gesamten Leistungserbringung notwendigen Angaben sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß zu dokumentieren. Sichere Befunde sind ausdifferenziert zu dokumentieren.

4. Abrechnung des Hausarztes für die HZV-Versicherten, die einen anderen Hausarzt gewählt haben

- (1) Bei Vorliegen eines Zielauftrages (Auftragsüberweisung) eines anderen Hausarztes kann dieser für Leistungen gemäß der vorstehenden Ziffer II. Absätze 2 und 3 dieses § 3 je Zielauftrag für HZV-Versicherte, die den anderen Hausarzt gewählt haben, die Zielauftragspauschale über die HZV abrechnen.
- (2) Im Vertretungsfall können die Vertreterpauschale und "Inanspruchnahme zu Unzeiten 1 und 2" über die HZV abgerechnet werden.

5. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ

- (1) Berufsausübungsgemeinschaften ("BAG") im Sinne dieses HZV-Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse
 - a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder

-
- b) Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder
 - c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG im Sinne dieses Vertrages sind Apparatgemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.

- (2) Nicht-obligatorische Leistungen gemäß Anhang 1 sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht durch den jeweils den Zuschlag abrechnenden Hausarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages.
- (3) Die Abrechnung von Vertretungsfällen oder Zielaufträgen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

6. Sonderfälle

- (1) Zusätzlich zur HZV-Vergütung darf ein Hausarzt weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall folgende Leistungen für HZV-Versicherte außerhalb der HZV abrechnen:
 - a) Methadon (01950-01952);
 - b) fachärztliche Leistungen im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung.
- (2) Neben der jeweiligen Einzelleistung nach Absatz 1 lit. a) bis c) dieser Ziffer V. ist kein Leistungskomplex im EBM gemäß Anhang 1 abzurechnen.

§ 4

Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des Hausarztes nach den Vorgaben dieser Anlage 3 verpflichtet. Änderungen betreffend der für die Abrechnungsdatenverarbeitung vom Hausärzteverband beauftragten Stelle im Sinne von § 295a Abs. 2 SGB V, derzeit die HÄVG, teilt der Hausärzteverband dem HAUSARZT und der AOK spätestens einen Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit. Der Hausärzteverband 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 (HZV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HZV-Vertrages) zur Verfügung. Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.

- (1) 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 in der HÄVG. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der AOK Hessen erst im Folgequartal vorzunehmen. Rückwirkende Abrechnungen können nur vier Quartale nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistung erbracht wurde, akzeptiert werden.

- (2) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des Hausarztes auf Plausibilität nach Maßgabe dieser Anlage 3 unter Zugrundelegung der in § 6 dieser Anlage 3 genannten Abrechnungsprüfkriterien für den Hausarzt zu prüfen.
- (3) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HZV-Abrechnung des Hausarztes erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der AOK Hessen überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei in der Folgeabrechnung zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 6 dieser Anlage 3 (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (4) Der Hausärzteverband stellt dem Hausarzt nach Erhalt der Zahlung von der AOK Hessen einen Abrechnungsnachweis ("Abrechnungsnachweis") zur Verfügung. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HZV-Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 6 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen.
- (5) Der Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge binnen zwei Monaten nach Zugang mitzuteilen.
- (6) Da die HÄVG zur Begleichung der entsprechenden Forderung des Hausarztes ihrerseits auf Zahlung durch die AOK Hessen in entsprechender Höhe gemäß § 12 des HZV-Vertrages angewiesen ist, wird der HZV-Vergütungsanspruch gegenüber der HÄVG erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK Hessen bei der HÄVG fällig und ist dann innerhalb von 10 Arbeitstagen an den Hausarzt zu zahlen, spätestens jedoch zum Ablauf des ersten Monats, der auf das Quartal folgt, in dem die HZV-Abrechnung übermittelt wurde. Abschlagszahlungen sind spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats an den Hausarzt auszuzahlen.
- (7) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der AOK Hessen 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 AOK Hessen 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 § 6 dieser Anlage 3 ungerechtfertigt ist.

§ 5

Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK Hessen

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der AOK Hessen eine vorläufige Abrechnungsdatei ("Abrechnungsdatei"). Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung der in § 4 dieser Anlage genannten HÄVG (§ 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 aus.
- (2) Die AOK Hessen hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen nach Eingang ("Krankenkassen-Prüffrist"), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK Hessen 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").
 - a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, so erhält die AOK Hessen einen Rechnungsbrief und ist innerhalb einer Zahlungsfrist von 10 Arbeitstagen ("Zahlungsfrist") zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
 - b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die AOK Hessen hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zunächst zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 11 HZV-Vertrag bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen). Die beanstandeten Abrechnungspositionen werden zwischen der AOK Hessen und dem Hausärzteverband unverzüglich ausgetauscht und die Abrechnungsdatei erforderlichenfalls in der Folgeabrechnung korrigiert.
- (3) Die AOK Hessen 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 AOK Hessen schriftlich mitteilen.
- (4) Die AOK Hessen hat eine Prüffrist von 3 Jahren ("endgültige Prüffrist"), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei insbesondere gemäß den in § 6 dieser Anlage 3 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen und gegebenenfalls rügen kann. Ist die AOK Hessen der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HZV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HZV-Vergütung eine

Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzteverband innerhalb der endgültigen Prüffrist schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen ("nachgelagerte Abrechnungsrüge"). Sollte die Begründung der Abrechnungsrüge fehlen oder unvollständig sein, so fordert der Hausärzteverband die AOK Hessen zu einer Begründung bzw. Vervollständigung der Abrechnungsrüge innerhalb der endgültigen Prüffrist auf. Nach Ablauf der endgültigen Prüffrist sind Abrechnungsrügen mit der Folge einer möglichen Verrechnung nach Maßgabe von § 12 Abs. 4 HZV-Vertrag und dieser Anlage 3 ausgeschlossen; die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen erfolgt nach Ablauf der endgültigen Prüffrist gemäß den gesetzlichen Regelungen.

- (5) Der Versand der Korrekturanforderungsnachweise im Rahmen des nachgelagerten Abrechnungskorrekturverfahrens gemäß Anhang 5 zur Anlage 3 wegen der Rückforderung zusätzlich über die Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Leistungen (Doppelabrechnungen) erfolgt spätestens 3 Jahre nach dem Versand der Honorarbescheide der Kassenärztlichen Vereinigung zum jeweils geprüften Quartal.

§ 6 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die AOK Hessen bzw. eine von ihr benannte Stelle prüfen die HZV-Abrechnung auf vertragsgemäße Leistungserbringung und auf Plausibilität (§§ 10 bis 14 HZV-Vertrag sowie Anlage 3) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation 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 Qualitätszuschlags/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Dokumentation mindestens eines Hausarzt-Patienten-Kontaktes (HZV-Versicherter) bei Abrechnung einer Pauschale BP, BBP, BBP EB, BBP HB oder BBP BHB oder Vertreterpauschale sowie Zielauftragspauschale;
 - e) Dokumentation gemäß § 3 Nr. 3 dieser Anlage 3; Plausibilität der Leistungsabrechnung für den Behandlungsfall anhand der erforderlichen Dokumentation gemäß § 3 dieser Anlage 3 i.V.m. Anlage 8 des HZV-Vertrages.
 - f) Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen pro HZV-versichertem Patienten

gemäß Krebsfrüherkennungsrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung;

- (3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die AOK Hessen zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i.V.m. Abs. 1b 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 (Anlage 3) übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach Anlage 8 (Prüfwesen) Anwendung finden.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 7

Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HZV-Vergütung von der AOK Hessen entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der AOK Hessen erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser Anlage 3) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser Anlage 3.
- (2) Die AOK Hessen zahlt die HZV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem Hausarzt ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach § 11 HZV-Vertrag.
- (3) Die Zahlspflicht der AOK Hessen ist quartalsweise auf das „HZV-Vergütungsvolumen“ beschränkt. Das HZV-Vergütungsvolumen wird ab dem zweiten Quartal des Jahres 2016 aus dem Produkt der teilnehmenden Versicherten mit einem Sockelbetrag in Höhe von 65,60 EUR je Quartal errechnet. Eine Anpassung bzw. Erhöhung des Sockelbetrages erfolgt jeweils mit Wirkung zum 1. Quartal des Folgejahres um die regionalen (hessischen) Steigerungsraten der MGV (gewichtete Veränderungsrate Morbidität/Demografie sowie die Steigerung des regionalen Orientierungspunktwertes, nach der Formel: $\text{Sockelbetrag} \cdot (1 + \text{Steigerungsfaktor Orientierungspunktwert} + \text{gewichtete Veränderungsrate Morbidität/Demografie})$). Von dieser Regelung abweichend wird der Sockelbetrag des Jahres 2021 i.H.v. 71,99 Euro ebenfalls für das 1. Abrechnungsquartal 2022 bis einschließlich für das 4. Abrechnungsquartal 2022 festgeschrieben. Mit Wirkung zum 1. Quartal des Jahres 2023 erfolgt die jährliche Anpassung des Sockelbetrags wieder fortlaufend um die regionale (hessischen) Steigerungsrate der MGV (gewichtete Veränderungsrate Morbidität/Demografie) sowie die Steigerung des regionalen Orientierungspunktwertes des jeweiligen Jahres.

Die AOK Hessen zahlt Leistungen gemäß § 1 der Anlage 3, die entsprechend gekennzeichnet sind, zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen. Der Anpassung der hausärztlichen Grundversorgung respektive der jeweils gültigen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses wird abhängig von der Beschlusslage zusätzlich Rechnung getragen.

- (4) Das HZV-Vergütungsvolumen kann die Summe der in einer Quartalsabrechnung ausgewiesenen HZV-Vergütungsansprüche aller Hausärzte übersteigen; der übersteigende Betrag wird saldiert fortgeschrieben. Beginnend ab dem 1. Abrechnungsquartal 2022 wird der übersteigende Betrag eines Abrechnungsquartales, der in den darauffolgenden vier Abrechnungsquartalen nicht an die Hausärzte ausgezahlt wurde, zu 80% an die AOK Hessen zurückgezahlt; der Zeitpunkt der Rückzahlung des übersteigenden Betrags wird zwischen den Vertragspartnern abgestimmt. 20% verbleiben auf dem Vertragskonto der HÄVG und fließen in die quartalweise Berechnung der Rückzahlungslogik erneut ein. Über die Verwendung der 20% einbehaltenen Mittel entscheiden die Vertragspartner gemeinschaftlich im Rahmen der Weiterentwicklung bestehender und/oder Einführung neuer Vertragsleistungen. Übersteigen die HZV-Vergütungsansprüche in Summe in einem Quartal das HZV-Vergütungsvolumen werden die HZV-Vergütungsansprüche der Hausärzte entsprechend quotiert ausgezahlt, sofern diese auch durch die Verwendung der zuvor übersteigenden Beträge nicht vollumfänglich ausbezahlt werden können. Der Hausärzteverband ist berechtigt aufgrund von Quotierungen nicht vollständig ausgezahlte HZV-Vergütungsansprüche eines Quartals innerhalb der darauffolgenden vier Abrechnungsquartale aus den übersteigenden Beträgen nach Abs. 4 Satz 1 nachzuzahlen. Das Nähere zum Quotierungsverfahren legt der Hausärzteverband Hessen fest.
- (5) Ab dem Zeitpunkt, zu dem ein positives Ergebnis im Rahmen der Konvergenzverhandlungen nach § 87a Abs. 4a SGBV die finanziellen Mittel für die ambulante Versorgung erhöht, führt dieses in entsprechender Höhe zur Erhöhung des Sockelbetrags zusätzlich zur Regelung des § 7 Absatz 3 Sätze 3 und 4 dieser Anlage. Sollte das Ergebnis der Konvergenzverhandlungen nach § 87a Abs. 4a SGB V gerichtlich überprüft werden, sind die Zahlungen der Steigerungsbeträge nach Satz 1 unter Vorbehalt zu stellen. Sollte eine rechtskräftige gerichtliche Entscheidung das Ergebnis der Konvergenzverhandlung korrigieren, besteht ein entsprechender Anspruch auf Rückzahlung der unter Vorbehalt gestellten Zahlungen seitens der AOK, bzw. Nachvergütung seitens des HÄV zur Erhöhung des Sockelbetrages. Die Höhe des Anspruches auf Rückzahlung bzw. Nachzahlung richtet sich nach dem Inhalt der rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Nähere Einzelheiten zur Abwicklung eines Rückzahlungsanspruchs bzw. eines Nachvergütungsanspruchs werden die Vertragspartner im Beirat treffen. Ist für den Fall eines Rückzahlungsanspruchs eine Rückzahlung durch den HÄV nicht möglich, da der Hausarzt aus dem HZV-Vertrag ausgeschieden ist und trotz Zahlungsaufforderung durch den HÄV keine Zahlung erfolgt, ist der

HÄV berechtigt, seine Ansprüche auf Rückzahlung der unter Vorbehalt geleisteten Zahlung gegenüber der AOK Hessen an Erfüllung statt abzutreten. Die AOK Hessen ist verpflichtet, diese Abtretung anzunehmen.

§ 8 Videosprechstunde

Der Betreuarzt kann unter Einhaltung der notwendigen Voraussetzungen der Anlage 31b BMVÄ, alle Leistungen mittels Videosprechstunde erbringen und zur Abrechnung bringen, bei denen keine physische Anwesenheit des Patienten zwingend erforderlich ist.

§ 9 Weiterentwicklung

- (1) Die Entwicklung und Einführung neuer Leistungen orientiert sich an Zielparametern, deren Erreichung anhand von Kriterien gemessen werden kann. Die Kriterien zur Erreichung der Zielparameter werden in Anlage 8 und/ oder 9 definiert. Die Kalkulation der Vergütung neuer Leistungen orientiert sich an den erwarteten Versorgungseffekten, dem Versorgungsaufwand und der Kosteneffizienz.
- (2) Die Vergütung dieser Leistungen unter Abs. 1 erfolgt zunächst befristet für die Dauer von 2 Jahren außerhalb des HZV-Vergütungsvolumens, beginnend ab der Einführung dieser Leistungen. Danach entscheiden die Vertragspartner anhand der in Abs.1 definierten Kriterien gemeinsam über die Entfristung, die Überführung dieser Leistungen in das HZV-Vergütungsvolumen oder die Beendigung dieser Leistungen.

§ 10 Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser Anlage 3:

Anhang 1 zu Anlage 3: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz

Anhang 2 zu Anlage 3: unbesetzt

Anhang 3 zu Anlage 3: Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag

Anhang 4 zu Anlage 3: VERAH-Zuschlag

Anhang 5 zu Anlage 3: Nachgelagertes Abrechnungskorrekturverfahren