

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1 HZV-Vergütungspositionen

Der Anspruch des HAUSARZTES auf die HZV-Vergütung gem. § 10 Abs. 1 HZV-Vertrag ergibt sich aus den nachfolgenden HZV-Vergütungspositionen (Leistungskatalog). Die im HZV-Ziffernkranz (Anhang 1 zur Anlage 3) enthaltenen EBM-Leistungen sind Bestandteil dieses Leistungskataloges und werden mit der HZV-Vergütung abgegolten.

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
P2 Betreuungspauschale Altersstufe A: 0-5, Altersstufe B: 6-59, Altersstufe C: ≥ 60	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 („HZV-Ziffernkranz“) zu Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Zuschläge“ und „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen Leistungen zur Umsetzung der Teilnahmevoraussetzungen und besonderen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß §§ 3, 4 des HZV-Vertrages.	<ul style="list-style-type: none"> max. 1mal pro Quartal Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal wird nur dem Betreuarzt vergütet 	P2 A: 42,00 € P2 B: 35,00 € P2 C: 45,00 €
P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand	Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungsleistungen „Shared-decision-Making“ zur patientenzentrierten Behandlung und partizipativen Entscheidungsfindung gemäß Anhang 4 zur Anlage 3 Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychoso-	P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten gemäß § 3 Abs. 6 der Anlage 3 handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.	20,00 €

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>zialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in die DMP</p> <p>Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln.</p> <p>Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt.</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird nur dem Betreuarzt vergütet • mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	
<p>P4</p> <p>Pauschale für die intensive Behandlung eines Patienten mit besonders hohem zeitlichen Betreuungsaufwand und komplexem Koordinationsbedarf</p>	<p>Über die P3 hinausgehende, intensive Betreuung/Behandlung eines Patienten mit besonders hohem zeitlichen Betreuungsaufwand aufgrund erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigung durch Vorliegen weiterer verschiedener chronischer Erkrankungen und komplexer Problematik bezüglich Koordination mit anderen Fachdisziplinen und Leistungserbringern unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes. Dies setzt voraus, dass mindestens ein Facharzt (auf Überweisung des Betreuarztes) in die Behandlung des Patienten eingebunden ist oder der Patient durch den Betreuarzt im Rahmen von Besuchen betreut wird oder die Verordnung häuslicher Krankenpflege (durch den Betreuarzt) erforderlich ist.</p> <p>Kontrolle, Sortierung und Begleitung der Polypharmazie: 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird nur dem Betreuarzt vergütet • mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • nur in Zusammenhang mit der P3 abrechenbar 	10,00 €

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>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.); Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit</p> <p>Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention</p> <p>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 allgemeinärztlichen Koordination bedürfen</p> <p>Verstärktes und kontinuierliches Einwirken auf die Adherence und das Empowerment des Patienten; Medikationsmanagement; Einbindung des sozialen Umfelds</p>		
Behandlung von Palliativpatienten	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO:</p> <p>Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage ist derjenige Patient, der 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Quartal • nicht abrechenbar neben P2 Betreuungspauschale • nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	100,00 €

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium.		
Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> max. 1mal pro Quartal bei Vertretungen innerhalb einer BAG / eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	17,50 €
Zuschläge			
VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf jede vergütete P3 weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages sind in Anhang 2 zu Anlage 3 geregelt Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH wird nur dem Betreuarzt vergütet 	5,00 €
Einzelleistungen			
Besuch durch VERAH	Besuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der Pauschale P3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> wird nur dem Betreuarzt vergütet 	17,00 €
Besuch	Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle		30,00 €

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01410, 01411, 01412, 01415), vgl. Anhang 1 zu Anlage 3 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)		
Mitbesuch	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) Leistungslegende gemäß EBM GOP 01413, 01414 (vgl. Anhang 1 zu Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Tag • die Wegepauschalen sind nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar • nicht am selben Tag wie Besuch abrechenbar • nicht am selben Tag wie Besuch durch VERAH abrechenbar 	12,00 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu Anlage 3 : <u>zwischen 19:00 und 22:00 Uhr</u> (sofern die Inanspruchnahme nicht in der Terminabendsprechstunde liegt) oder <u>an Samstagen</u> (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder <u>Sonntagen</u> oder <u>gesetzlichen Feiertagen</u> oder am <u>24. Dezember</u> oder am <u>31. Dezember</u> zwischen 7:00 – 19:00 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> • kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	25,00 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu Anlage 3): <u>zwischen 22:00 und 07:00 Uhr</u> oder	<ul style="list-style-type: none"> • kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	40,00 €

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	an <u>Samstagen</u> (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder <u>Sonntagen</u> oder <u>gesetzlichen Feiertagen</u> oder am <u>24. Dezember</u> oder am <u>31. Dezember</u> zwischen 19:00 – 07:00 Uhr		
Abdominelle Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33042 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> max. 2mal pro Quartal abrechenbar 	21,00 €
Schilddrüse Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33012 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu Anlage 3)		11,00 €
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	<p>Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung der kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Global-eindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren</p> <p>Beurteilung der Sturzgefahr und Hirnleistungsstörungen mittels standardisierten Testverfahren</p> <p>Bei Bedarf Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes sowie des Wohnraumes und ggf. Arbeitsplatzes</p>	<ul style="list-style-type: none"> max. 1mal pro Quartal abrechenbar für Versicherte ab dem 61. Lebensjahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird nur dem Betreuarzt vergütet 	17,00 €
Gesundheitsuntersuchung	Gesundheitsuntersuchung: Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs - Richtlinie (GOP 01732 gem. EBM Stand Q1/2019 vgl. Anhang 1 zu Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> max. 1mal innerhalb von 2 Kalenderjahren abrechenbar ab dem vollendeten 35. Lebensjahr wird dem Vertreterarzt nur in zu begründendem Ausnahmefall vergütet 	37,00 €
Krebsfrüherkennungsuntersuchung	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. Anhang 1 zu Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> 1mal im Kalenderjahr ab einem Alter von 45 Jahren abrechenbar 	17,00 €
	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut	<ul style="list-style-type: none"> ab einem Alter von 35 Jahren 	29,00 €

Anlage 3

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	gem. Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> 1mal innerhalb von 2 Kalenderjahren abrechenbar 	
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	Gemäß Leistungslegende EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3	<ul style="list-style-type: none"> Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110 Bei Vorliegen der Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung 	22,00 €
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	Gemäß Leistungslegende EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3	<ul style="list-style-type: none"> Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 Max. 3 x am Tag Bei Vorliegen der Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung 	22,00 €
Pauschale bei Ersteinstellung VKA-Pharmakotherapie (V1)	Einmalig je Versicherten bei erstmaliger Ein- bzw. Umstellung einer aufgrund eines stationären Aufenthalts bedingten Neuumstellung des HZV-Patienten auf eine Vitamink-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie). vgl. Anhang 3 zu dieser Anlage 3 .	<ul style="list-style-type: none"> Einmalig je Versicherten 	15,00 €
Pauschale bei Ersteinstellung VKA-Pharmakotherapie (V2)	Einmalig je Versicherten bei erstmaliger Ein- bzw. Umstellung des Patienten auf eine Vitamink-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie) bei den im Versorgungsmodul „Pharmakotherapie“ angegebenen Krankheitsbildern. Die Vergütung ist nicht abrechenbar bei HZV-Patienten, die in den letzten fünf Vorquartalen vor dem Betrachtungsquartal bereits eine medikamentöse Therapie mit VKA erhalten haben. vgl. Anhang 3 zu dieser Anlage 3 .	<ul style="list-style-type: none"> Einmalig je Versicherten 	15,00 €

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Betreuungspauschale VKA-Pharmakotherapie (V3)	Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung für die Betreuung eingeschriebener Versicherten. Die Vergütung beinhaltet den erhöhten Betreuungsaufwand und die kontinuierliche Führung und Koordination der Pharmakotherapie bei mit VKA behandelten Patienten, einschließlich Kontrolle und Dokumentation der Gerinnungswerte und Sicherstellung der kontinuierlich notwendigen Therapieanpassungen, schriftlicher Therapieanweisungen für den Patienten und/oder Betreuungspersonen. Die Pauschale V3 ist nicht abrechenbar bei Patienten, die ein Selbstmanagement mit Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung durchführen. vgl. Anhang 3 zu dieser Anlage 3 .	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal • max. 1 x im Quartal • nicht neben V1 und V2 abrechenbar 	10,00 €
Wegepauschalen	—	gemäß der jeweils aktuell gültigen Vereinbarung zur Vergütung von Wegepauschalen mit der KVS	
Impfungen	—	gemäß der jeweils aktuell gültigen Impf-Vereinbarung mit der KVS	

Definition	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist jeder Arzt, der in der Praxis des Betreuarztes die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HZV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Versichertenteilnahmejahr	Vier aufeinanderfolgende Quartale, beginnend mit dem ersten Tag der Versichertenteilnahme bei dem vom Versicherten gewählten Betreuarzt.
Versichertenteilnahmequartal	Ein Quartal innerhalb des Versichertenteilnahmejahres.

§ 2 Laufzeit dieser Vergütungsanlage

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** treten mit Wirkung zum 01.04.2021 in Kraft. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 6 in Verbindung 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 Hausärzteverband 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 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 DIMDI 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 Bezug genommen.
- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die HZV-Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des HZV-Ziffernkranzes (**Anhang 1 zu dieser Anlage 3**) im Rahmen dieses HZV-Vertrages zu erbringen. Dies gilt auch für

Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag an einen anderen HAUSARZT bzw. bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem 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. Das Abrechnungsverbot für die im HZV-Ziffernkranz enthaltenen EBM-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt hiervon unberührt.
- (6) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
 3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.
- (7) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen innerhalb einer Betriebsstätte ist nicht möglich.

§ 4

Verbot der Doppelabrechnung für Stellvertreterärzte

- (1) Werden HZV-Leistungen dieser **Anlage 3** nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb einer Betriebsstätte (Stellvertreterarzt) zusätzlich als EBM-Leistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, gilt dies als Doppelabrechnung im Sinne des § 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

Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang. So sind insbesondere bei Kleinkindern die Entwicklungsdiagnostik, die altersgemäßen Vorsorgeuntersuchungen oder Impfleistungen vom Betreuarzt gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.

§ 6

Impfleistungen und Wegepauschalen

- (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 Saarland 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) 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) Der Leistungsumfang sowie die Vergütung der Wegepauschalen richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung der mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen „Vereinbarung zur Vergütung von Wegepauschalen“.

§ 7

Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. 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 Krankenkasse spätestens einen Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (2) Die HÄVG 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“) zu 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 10,50 EUR, für jeden, bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung der Krankenkasse erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat an den Hausärzteverband (z.B. für das 1. Quartal am: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal am: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.). Die Weiterleitung der Zahlung erfolgt unter Abzug der gemäß § 15 Abs. 2 des HZV-Vertrages fälligen Vorauszahlung auf die Verwaltungskostenpauschale durch den Hausärzteverband an den HAUSARZT spätestens monatlich jeweils zum 15. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal am: 15. Februar, 15. März, 15. April; z. B. für das 2. Quartal am: 15. Mai, 15. Juni, 15. Juli, usw.).
- (4) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband seine Abrechnung der HZV-Vergütung („HZV-Abrechnung“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (05.01., 05.04., 05.07. und 05.10.) („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 Krankenkasse erst mit der nächstfolgenden Quartalsabrechnung vorzunehmen. Nachreichungen können vom Hausärzteverband für den HAUSARZT gegenüber der Krankenkasse innerhalb von fünf Quartalen nach Schluss des Leistungsquartals zur Abrechnung gebracht werden. Abrechnungsdaten aus Vorquartalen sind vom HAUSARZT spätestens vier Quartale nach Schluss des Leistungsquartals in der HÄVG nachzureichen; die Frist gemäß Satz 1 gilt entsprechend.
- (5) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 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 Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 9 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (7) Der Hausärzteverband stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („Abrechnungsnachweis“) online unter www.arztportal.net 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 Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich, spätestens vier Wochen nach Zugang mitzuteilen.
- (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzteverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern er dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 9 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 8

Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („Abrechnungsdatei“) als zahlungsbegründende Unterlage.

Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung der in § 7 genannten HÄVG (§ 295 a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HZV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 4 des HZV-Vertrages i. V. m. § 7 Abs. 3 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 Hausärzteverband 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 fünf 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 fünf Arbeitstagen nach Zugang des Rechnungsbriefes unter Angabe des dort aufgeführten Verwendungszweckes verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird.
- b) Unvollständige oder nicht unter Angabe des Verwendungszweckes geleistete Zahlungen stellen keine Erfüllung im Sinne des § 8 Abs. 2 a) dar und können durch den Hausärzteverband zurückgewiesen werden. Auf § 10 Abs. 5 des HZV-

Vertrages wird verwiesen.

- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto der HÄVG („Abrechnungskonto“) zu leisten.
- (4) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 12 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 9 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband 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 Einzelleistung/des VERAH-Zuschlags (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 Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten. Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
 - (3) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§§ 11, 12 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.

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

§ 10

Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HZV-Vergütung von der Krankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe einschließlich der Verarbeitung der Abrechnungsdaten und als Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist.
- (2) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessen kurzer Frist nach Erhalt und unter Berücksichtigung der Frist sowie der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten.

§ 11

Anhänge

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

Anhang 1: Leistungsbeschreibung gemäß HZV-Ziffernkranz

Anhang 2: VERAH- Leistungen

Anhang 3: Pharmakotherapie

Anhang 4: Shared-Decision-Making