

HZV-Vergütung und Abrechnung

§ 1 HZV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die im HZV-Vertrag zu erbringenden Voraussetzungen sowie die in Anhang 1 zu dieser Anlage (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 ist, folgendes:

- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.
- Jede einzelne Leistung ist ein Mal täglich pro Hausarzt und pro HZV-Versichertem abrechenbar.
- Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro Hausarzt und pro HZV-Versichertem abrechenbar.

Es gelten die Abrechnungsregeln und Abrechnungsausschlüsse des zum Abrechnungszeitraum gültigen EBM.

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Kontaktabhängige Pauschale (Grundpauschale)	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 („HZV-Ziffernkranz“) zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung • Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des HZV-Vertrages • Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen 	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1 mal pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	40,00 EUR
Kontaktabhängige Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 („HZV-Ziffernkranz“) zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1 mal pro Quartal • nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar 	12,50 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	
Zielauftragspauschale	Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Quartal • nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar • zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar • jede Einzelleistung max. 1mal pro Quartal zuzüglich abrechenbar • Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	12,50 EUR
Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO:</p> <p>Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 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. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Quartal • nicht abrechenbar neben Grundpauschale <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuerarzt vergütet 	100,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	-steigerung im finalen Krankheitsstadium.		
Zuschläge			
P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung • Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP • Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von 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.) • 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, 	<p>P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten gemäß § 3 Abs. 9 dieser Anlage 3 handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 mal pro Quartal • Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt vergütet <p>Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	<p>36,00 EUR</p>

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	tertiärer und quartärer Prävention		
Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> max. 10mal pro Quartal abrechenbar neben den Leistungen Besuch und Heimbefuch wird nur dem Betreuarzt vergütet 	20,00 EUR
Psychosomatik-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> 1mal pro Versichertenteilnahmejahr Der Zuschlag wird automatisch anteilig je Quartal in Höhe von 2,00 EUR pro eingeschriebenen Versicherten ausgezahlt. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der HAUSARZT muss dem Hausärzterverband per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal wird nur dem Betreuarzt vergütet 	8,00 EUR
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 (max. 4mal pro Versicherten- teilnahmejahr) Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	5,00 EUR
Einzelleistungen			
Unvorhergesehene	Unvorhergesehene	<ul style="list-style-type: none"> grundsätzlich nicht am 	25,00

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Inanspruchnahme I	Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): <ul style="list-style-type: none"> • zwischen 19:00 und 22:00 Uhr (sofern die Inanspruchnahme nicht in der Terminabendsprechstunde liegt) oder • 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 	selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar <ul style="list-style-type: none"> • kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	EUR
Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): <ul style="list-style-type: none"> • zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar • kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	40,00 EUR
Präventions-Einzelleistung	Gesundheitsuntersuchung: Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GOP 01732 gem. EBM , vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr • eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich (Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht) • wird dem Vertreterarzt nur in zu begründendem Ausnahmefall vergütet 	32,00 EUR
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem	<ul style="list-style-type: none"> • die Leistung wird 1mal im Kalenderjahr je 	16,00 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>Mann gemäß Abschnitt C.1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>	<p>männlichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertreterpauschale und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar 	
<p>Überleitungsmanagement (telefonisch)</p>	<p>Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des HZV-Vertrages (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • telefonischer Kontakt mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1 mal unmittelbar vor (max. 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung • Überprüfung der Entlassungsmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung • Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z.B. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt) 	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1 mal pro Krankenhausaufenthalt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>30,00 EUR</p>
<p>Überleitungsmanagement (persönlich)</p>	<p>Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des HZV-Vertrages (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • persönlicher Kontakt mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1 mal unmittelbar vor (max. 1 Woche) oder unmittelbar 	<p>max. 1 mal pro Krankenhausaufenthalt</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>80,00 EUR</p>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Entlassungsmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung • Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z.B. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt) 		
<p>Postoperative hausärztliche Betreuung</p>	<p>Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten • Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation • Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen • Erläuterung des Arztbriefes einschließlich der erhobenen Befunde • Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen • Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten • ggf. Koordination der 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten/stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar 	<p>30,00 EUR</p>

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	<p>Nachuntersuchungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG) • Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • die postoperative hausärztliche Betreuung ist pro durchgeführter Operation nur 1mal abrechenbar 	
Versorgung chronischer Wunden	<p>Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)“ analog EBM (GOP 02310 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Quartal 	22,00 EUR
Versorgung chronischer Wunden	<p>Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog EBM (GOP 02311 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar je Bein und je Sitzung • nur bei Vorliegen der Genehmigung der zuständigen KV 	15,00 EUR
Versorgung chronischer Wunden	<p>Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris“ analog EBM (GOP 02312 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • abrechenbar je Bein und je Sitzung • inkl. Kompressionsverband 	11,00 EUR
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	<p>Leistungslegende gemäß EBM (GOP 03240 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Quartal abrechenbar für Versicherte vom 61. Lebensjahr an <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	17,00 EUR
Besuch	<ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben • Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01410, 01411, 01412, 01415 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser 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 		30,00 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	(Regelbesuch)		
Mitbesuch	<ul style="list-style-type: none"> Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 	<ul style="list-style-type: none"> max. 1mal pro Tag die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar nicht am selben Tag wie Besuch, Heimbefsuch oder Besuch durch VERAH abrechenbar wird nur dem Betreuarzt vergütet 	12,00 EUR
Heimbefsuch	<ul style="list-style-type: none"> geplante ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich in ein Alten- und/oder Pflegeheim zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01414 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 	<ul style="list-style-type: none"> max. 4mal pro Quartal die Leistung ist für einen HZV-Versicherten nur einmal pro Tag abrechenbar die Leistung ist nicht am gleichen Tag wie Besuch abrechenbar die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Heimbefsuch“ abrechenbar 	18,00 EUR
Besuch durch VERAH	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der kontaktabhängigen Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	18,00 EUR
Schilddrüsen-Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33012 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)		11,00 EUR
Abdominelle Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33042 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> max. 2mal pro Quartal abrechenbar 	21,00 EUR
Wegepauschalen			
Wegepauschale (Zone A)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> die Wegepauschale A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch oder Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten abgerechnet werden die Wegepauschale A ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbefsuch und Besuch 	5,00 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
		durch VERAH und Wegepauschale B und Wegepauschale C abrechenbar	
Wegepauschale (Zone 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"> die Wegepauschale B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch oder Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten abgerechnet werden die Wegepauschale B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbisuch und Besuch durch VERAH und Wegepauschale A und Wegepauschale C abrechenbar 	10,00 EUR
Wegepauschale (Zone C)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> die Wegepauschale C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch oder Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten abgerechnet werden. die Wegepauschale C ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbisuch und Besuch durch VERAH und Wegepauschale A und Wegepauschale B abrechenbar 	15,00 EUR

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter Hausarzt.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HZV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HZV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV.).
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale

Begrifflichkeit	Beschreibung
	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 die HÄVG). Bei einem durch die Krankenkasse stattgegebenen Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Vertragsteilnahmejahr	Ein Vertragsteilnahmejahr des HAUSARTZES umfasst vier aufeinander folgende Quartale und beginnt erstmalig ab dem auf die schriftliche Bestätigung der Teilnahme am Vertrag (Teilnahmebestätigung) folgenden Quartal.
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxismgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).

§ 2

Inkrafttreten, Laufzeit

Diese Anlage 3 tritt zum 01. Januar 2020 in Kraft; die Vergütungsvereinbarung nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2021 (§ 16 Abs. 3 des HZV-Vertrages).

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

- (1) Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Sollte innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 dieser Anlage Leistungsvereinbarungen beziehungsweise Kürzungen gemäß § 135 SGB V erfolgen, verhandeln der Hausärzteverband und die Krankenkasse, ob und wie diese Leistungen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** berücksichtigt werden beziehungsweise entfallen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Der HAUSARZT stimmt aufgrund von § 135 SGB V nach Maßgabe der Sätze 1 bis 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** bereits mit der Teilnahmeerklärung zu.

- (2) Der HAUSARZT hat alle Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in der Fassung der aktuellen ICD-10 GM zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (§ 3 Abs. 5 lit b) des HZV-Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.
- (3) Der HAUSARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen, von der HZV erfassten Leistungen die Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt.
- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für HZV-Versicherte, 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 beziehungsweise Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT beziehungsweise bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem HZV-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß dieser **Anlage 3** abgegolten.
- (5) Sofern Leistungen erbracht werden, die im HZV-Ziffernkranz (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- (6) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht von dem Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an diesem HZV-Vertrag teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung

abgerechnet, ist dies eine unzulässige Doppelabrechnung im Sinne von § 12 Abs. 2 des HZV-Vertrages. Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

- (7) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“. Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfungen mit deren Ziffern gemäß der betreffenden Anlage der jeweiligen „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“ von den HAUSÄRZTEN an die Krankenkasse zu übermitteln.
- (8) 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.
- (9) 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:
 - a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 - b) 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.
 - c) 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

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 und den Regelungen des HZV-Vertrages 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) 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 („Informationsbrief Patiententeilnahmestatus“) zur Verfügung. Diese Information erfolgt auf Basis des von der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 2 des HZV-Vertrages übermittelten HZV-Versichertenverzeichnisses.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband seine Abrechnung der HZV-Vergütung („**HZV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 05. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (05. Januar, 05. April, 05. Juli und 05. 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 Krankenkasse (§ 5 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der Krankenkasse innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsfragen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die

Testabrechnung beziehungsweise die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den Teil der Testabrechnung beziehungsweise den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei im Rahmen der nachfolgenden Abrechnung zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 6 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

- (6) Der Hausärzteverband prüft den Betrag aller von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach der Maßgabe des § 7 dieser Anlage 3 und stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse 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. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.
- (7) 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 mitzuteilen.
- (8) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis beziehungsweise 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 die Krankenkasse 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 Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband zeitnah nach Ablauf eines Abrechnungsquartals der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des 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 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages aus.

- (2) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 dieser Anlage aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Hausärzteverband schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
 - a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
 - b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse nur hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Krankenkassen-Prüffrist zu laufen. § 12 des HZV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der

Hausärzteverband spätestens 20 Kalendertage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.

- (4) Die Krankenkasse kann durch Erklärung gegenüber dem HAUSARZT vertreten durch den Hausärzteverband, dieser gegebenenfalls vertreten durch seinen Erfüllungsgehilfen, binnen drei Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass die ihr übermittelte Abrechnungsdatei oder die weiteren Abrechnungsunterlagen ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HZV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HZV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzteverband innerhalb der drei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages findet insoweit Anwendung.
- (5) Die Krankenkasse leistet als Bestandteil der HZV-Vergütung monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 12,00 EUR pro bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal am: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.).

§ 6

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 12 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistungen/der Zuschläge;

- c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der vom Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten hat dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1 b SGB V übermittelten Daten zu entsprechen.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 12 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 10 Abs. 7 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 Krankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er kann sich insoweit eines Erfüllungsgehilfen als Zahlstelle bedienen (derzeit HÄVG). Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3**.
- (2) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 13 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 14 Abs. 1 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief

weiterzuleiten. Abschlagszahlungen sind spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats zu leisten.

- (3) Die Krankenkasse zahlt die HZV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die Dienstleistungsgesellschaft (derzeit HÄVG). In Höhe der jeweiligen Zahlung an die Dienstleistungsgesellschaft tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach § 12 des HZV-Vertrages.

§ 8

Anhänge

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

- (1) **Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM
- (2) **Anhang 2 zu Anlage 3:** Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware
- (3) **Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Einzelleistung und VERAH-Zuschlag
- (4) **Anhang 4 zu Anlage 3:** Überleitungsbogen