Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1
HZV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (HZV-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende HZV-Vergütung:

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas Anderes bestimmt wird, das Folgende:

- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Hausarzt und pro HZV-Versicherten abrechenbar.
- Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro Hausarzt und pro HZV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.
- Leistungen, welche gemäß dieser Anlage 3 mit der aktuellen Bewertung nach EBM aufgenommen wurden, werden bei Erhöhungen in ihrer Bewertung im Kollektivvertrag ebenfalls im Rahmen dieser Anlage 3 zum jeweiligen Quartal angepasst. Diese Regelung betrifft die Vergütungspositionen im Abschnitt „Präventionsleistungen“ und „Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen“.

Leistung/ Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen			
P1 Infrastrukturpauschale	▪ Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 und 2 des HZV-Vertrages, ▪ insbesondere Vorhalten der Online-Infrastruktur und ▪ Erfüllung der besonderen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen	▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P1 wird anteilig 1x pro Abrechnungsquartal ausbezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HZV-Versicherten-Verzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 zugrunde gelegt. ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/ Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des HZV-Vertrages) oder des HZV-Versicherten aus der HZV erhält der Hausarzt das	16,00 EUR

		letzte mal die P1 in dem Abrechnungsquartal in dem der Versicherte den Hausarzt gewechselt hat bzw. der Hausarzt am Vertrag teilgenommen hat. Für den neu gewählten Hausarzt beginnt mit dem auf das Abrechnungsquartal in dem der Wechsel erfolgt ist folgendem Abrechnungsquartal ein neues Versicherten-Teilnahmejahr. **Voraussetzung**: ▪ Wird nur dem Betreuarzt **(„Betreuarzt“)** vergütet	
P2 **Kontaktabhängige Pauschale**	▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“, „Versorgungsmanagement“, „Präventionsleistungen“ und „Vorsorgeuntersuchungen bei Kinder und Jugendlichen“ 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 Abs. 4 und 5 des HZV-Vertrages	▪ Max. 1x pro Quartal ▪ Max. 4x pro Versichertenteilnahmejahr **Voraussetzung:** ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	40,00 EUR
P3 **Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand**	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, Prü-	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	27,50 EUR

	fung des Versicherten-bedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventions-empfehlung/-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 Unterstützungsmaß-nahmen, 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		
Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu	▪ Max. 1 x pro Quartal	20,00 EUR

	dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („**Vertreterarzt**“) vergütet	
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung.	▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: ▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	20,00 EUR
Zuschläge			
Z1 **Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie je Behandlungsfall des Betreuarztes**	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	▪ Zuschlag je Behandlungsfall des Betreuarztes, sofern die in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	04,00 EUR
Z2 **VERAH-Zuschlag**	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis).	▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr) ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in **Anhang 4** zu dieser **Anlage 3** geregelt **Voraussetzung:** ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	08,00 EUR
Einzelleistungen			
01100 **Unvorhergesehene Inanspruchnahme I**	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder	▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	25,00 EUR

	▪ 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		
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): ▪ 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	▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	40,00 EUR
01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, **vgl**. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 01611)		38,00 EUR
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*	08,00 EUR
02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	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
02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	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
03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM Stand:01.01.2013, vgl. Anhang 1 zu dieser **Anlage 3** (GOP 03240 bzw. 03360,03362)	Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr	17,00 EUR
33012 Schilddrüsen-Sonographie	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser **Anlage 3** (GOP 33012)		11,00 EUR

33042 Abdominelle Sonographie	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser **Anlage 3** (GOP 33042)	Max. 2 x pro Quartal	21,00 EUR
35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser **Anlage 3** (GOP 35100)	Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110	20,00 EUR
35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser **Anlage 3** (GOP 35110)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ Max. 3 x am Tag	20,00 EUR
Hausbesuch	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. Liegt nicht vor, wenn der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)		30,00 EUR
OVS Videosprechstunde	Eine Sitzung findet ausschließlich per Videokontakt statt.	▪ 1x je Quartal ▪ Mindestens 1 Video-APK	05,00 EUR
Versorgungssteuerung			
Kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikationspauschale	▪ Berücksichtigung der an den HZV-Vertrag angebundenen Selektivverträge gemäß § 3 Abs. 5 h) i.V.m. Anlage 10 insbesondere Unterstützung beim Überleitungsmanagement ▪ Erstmalig abrechenbar zu dem Zeitpunkt, zu dem der Beirat gemäß § 16 des HZV-Vertrages eine Vereinbarung getroffen hat ▪ Diese Pauschale bleibt bei der Berechnung der Vergütungsobergrenze gemäß § 10 Abs. 6 i.V.m. Anhang 5 dieser Anlage 3 unberücksichtigt	▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Einmalig pro Versichertenteilnahmejahr je Versicherten und je Selektivvertrag gemäß der Anlage 10 abrechenbar	15,00 EUR

Präventionsleitungen			
01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Mann	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	▪ Einmal im Kalenderjahr je männlichen Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren abrechenbar ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) ist neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich	17,85 EUR
01732 Gesundheitsuntersuchung	▪ Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes ▪ Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation ▪ Ggf. Umstellung der Medikation auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen ▪ Ganzkörperstatus einschl. Dokumentation ▪ Laboruntersuchung zur Ermittlung des Risikos für Diabetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin,HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure) ▪ Urinuntersuchung mittels Streifentest ▪ Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Nikotinmissbrauch, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung mit dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten	▪ Jedes zweite Kalenderjahr für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren abrechenbar **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Einschließlich Eintragung ins Bonusheft	40,40 EUR
01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01740)	▪ Einmalig je Versicherten ab dem Alter von 50 Jahren abrechenbar	14,38 EUR
01745 Hautkrebs-screening (HKS)	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C1 (Männer) der	▪ Jedes zweite Kalenderjahr für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren abrechenbar ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale	31,36 EUR

	Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) ist neben dieser Einzelleistung nicht möglich	
01746 Zuschlag HKS zur 01732	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01746 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	▪ Jedes zweite Kalenderjahr für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren abrechenbar ▪ Nur am gleichen Tag abrechenbar wie 01732 ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) ist neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich	25,90 EUR
Vorsorgeuntersuchungen bei Kinder und Jugendlichen			
01707 Neugeborenen-Screening	Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01707 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)		22,80 EUR
01711-01719 U1-U9	Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern gemäß den Kinder-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01711 – 01719 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)		49,82 EUR
01720 J1	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen gemäß der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01720 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)		44,12 EUR
01723 U7a	Untersuchung zur Früher-kennung von Krankheiten bei Kindern gemäß der Kinder-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01723 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)		49,82 EUR
U10	Präventionsangebot gemäß der Vereinbarungen in der jeweiligen KV-Region		35,96 EUR
U11	Präventionsangebot gemäß der Vereinbarungen in der jeweiligen KV-Region		35,96 EUR
J2	Präventionsangebot gemäß der Vereinbarungen in der jeweiligen KV-Region		35,96 EUR

* Anmerkung: 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.

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 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 Dienstleistungsgesellschaft). Bei einem durch die Betriebskrankenkasse 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.
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).

§ 2
Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 30.09.2024 (§ 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages.

§ 3
Allgemeine Vergütungsbestimmungen

I. HZV-Ziffernkranz (Anhang 1 zu dieser Anlage 3)

Der Leistungsumfang der Pauschalen sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit spectrumK und der Hausärzteverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

II. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

III. Abrechnung des Betreuarztes für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

(1) Der HAUSARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu diese **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt.

(2) 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 Vertrages zu erbringen. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag bzw. Auftragsüberweisung an einen anderen HAUSARZT bzw.

bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem HZV-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.

(3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

(4) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem hausärztlichem 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.

IV. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von BAG / MVZ

(1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG / des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG / des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HZV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages.

(2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG / MVZ ist nicht möglich.

(3) Werden Leistungen durch einen Stellvertreterarzt ausgeführt, ist dies in den Abrechnungsdaten zu dokumentieren und bei der Abrechnung zu übermitteln.

V. 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.

VI. Impfleistungen

(1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".

(2) Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der HZV-Abrechnung zu dokumentieren.

§ 4
Praxisgebühr

Entfallen.

§5
Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

(1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Die vom Hausärzteverband für die Abrechnungsdatenverarbeitung beauftragte Stelle im Sinne von § 295a Abs. 2 SGB V ist derzeit die HÄVG.

(2) Der Hausärzteverband versendet an den HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HZV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HZV-

Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.

(3) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband seine Abrechnung der HZV-Vergütung („**HZV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober) („**HZV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung bei der HÄVG. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

(4) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.

(5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

(6) Der Hausärzteverband übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HZV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechtigte Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.

(7) 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.

(8) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehende 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 sie dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 6
Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

(1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband an die von der Krankenkasse benannten Stelle bzw. spectrumK eine Abrechnungsdatei **(„Abrechnungsdatei“)** als zahlungsbegründete Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung der in § 5 dieser Anlage 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 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) Der Hausärzteverband übersendet nach seiner Abrechnungsprüfung die Abrechnungsdateien aller teilnehmenden Krankenkassen gemäß Abs. 1 zwischen dem 19. und 22. Kalendertag des 2. Monats eines jeden Quartals an die von der Krankenkasse schriftlich benannte Stelle. Eine Lieferung der Abrechnungsdatei zum 19. Kalendertag des 2. Monats eines jeden Quartals wird angestrebt. Kann dieser Termin nicht eingehalten werden, erfolgt unverzüglich nach Bekanntwerden eine „Verhinderungs- und Verzögerungsanzeige“ an die von der Krankenkasse schriftlich benannte Stelle. Fünf Arbeitstage nach Übersendung der Abrechnungsdatei erfolgt eine Vorabfreigabe durch die von der Krankenkasse schriftlich benannte Stelle. Unmittelbar nach erfolgter Vorabfreigabe übersendet der Hausärzteverband den entsprechenden Rechnungsbrief an die Krankenkasse.

(3) Die Krankenkasse ist innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Arbeitstagen („Montag bis Freitag“) (**„Zahlungsfrist“)** ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden.

(4) Die Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle bzw. spectrumK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**"), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Der Beginn der Krankenkassen-Prüffrist erfolgt mit Versand der Abrechnungsdatei durch die HÄVG. Die Krankenkassen-Prüffrist kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden. Ist die Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist der HÄVG schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**") und ebenfalls innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine entsprechende Rügedatei („**Technische Rügedatei**") gemäß den Regelungen des Punktes 2.3 ff. des Anhangs 3 zur Anlage 4 zu übermitteln. Lediglich schriftlich geäußerte Einwände gegen die Abrechnung müssen durch die HÄVG nicht geprüft und verarbeitet werden. Eine aggregierte schriftliche Rügemitteilung ohne entsprechende Technische Rügedatei ist weder für die Überprüfung noch für die Zuordnung der Rügen auf Ebene des einzelnen HAUSARZTES ausreichend. Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge. Die Rügen – sofern diese berechtigt sind – werden im Abrechnungslauf des darauffolgenden Quartals berücksichtigt. Der sich aus den Rügen ergebende und vom Hausärzteverband anerkannte Minderungsbetrag wird mit dem Rechnungsbetrag des Folgequartals gemäß § 13 Abs. 3 des HZV-Vertrages verrechnet. Der Verrechnungsbetrag wird auf dem Rechnungsbrief gesondert ausgewiesenDie HÄVG übermittelt der von der Krankenkasse schriftlich benannten Stelle eine Rückmeldung zur Rügedatei.

(5) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**") zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.

(6) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 7
Abrechnungsprüfkriterien

(1) Der Hausärzteverband und die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die ge-

setzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).

(2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:

a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;

b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des VERAH-Zuschlages (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);

c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;

d) Angabe der erforderlichen Diagnosen-Dokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.

(3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.

(4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.

(5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§§ 11, 12 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.

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

§ 8
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 und Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3.**

(2) Die HÄVG ist berechtigt und gegenüber dem Hausärzteverband 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; § 15 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 erfolgen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

(3) Die Krankenkasse 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, 12 des HZV-Vertrages.

§ 9
Anhänge

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

Anhang 1 zu Anlage 3: Leistungsbeschreibung gemäß HZV-Ziffernkranz
Anhang 3 zu Anlage 3: Zuschlag Rationale Pharmakotherapie
Anhang 4 zu Anlage 3: VERAH-Zuschlag
Anhang 5 zu Anlage 3: Obergrenze