

HZV-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.

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.
- 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.

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Struktur- und Qualitäts- pauschale (SQP)	Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages sowie u.a.: • Koordination der Behandlungsabläufe • Vorhalten <u>der technischen Infrastruktur inklusive Online-Anbindung, AIS und Vertragssoftware sowie Vorhalten der Technik gemäß den aktuellen Anforderungen zur Telematikinfrastruktur</u> • Erfüllung der besonderen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen in der HZV • Onlineteilnahmeprüfung von Versicherten zur Vermeidung von nicht	• 1 x pro Versichertenteilnahmejahr • Die SQP wird anteilig 1x pro Abrechnungsquartal ausbezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HZV-Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HZV-Vertrages 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 letztmalig die SQP in dem Abrechnungsquartal in dem	20,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	vertragskonformer Inanspruchnahme - Nutzung der Funktionalitäten des Arztportals zur HZV-Vertragsumsetzung (z.B. Vertreterarztsuche) - Unterstützung bei der Vermittlung von Facharztterminen in dringenden Fällen	der Versicherte den HAUSARZT gewechselt hat bzw. der HAUSARZT am HZV-Vertrag teilgenommen hat. Für den neu gewählten HAUSARZT beginnt mit dem auf das Abrechnungsquartal in dem der Wechsel erfolgt ist folgendem Abrechnungsquartal ein neues Versichertenteilnahmejahr. Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
0000 Behandlungspauschale (BP)	- Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 („HZV-Ziffernkranz“) zu dieser 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 gemäß § 3 des HZV-Vertrages - Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen	- max. 1mal pro Quartal Voraussetzung: - min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal - wird nur dem Betreuarzt vergütet	40,00 EUR
0004 Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 („HZV-Ziffernkranz“) zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“	- max. 1mal pro Quartal - nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar - bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung:	30,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	- min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal - wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet	
0005 Zielauftragspauschale	Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	- nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar - zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar - Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: - min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	20,00 EUR
0001 Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO: 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. –steigerung im finalen Krankheitsstadium.	- max. 1mal pro Quartal - nicht abrechenbar neben Behandlungspauschalen - nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält (bitte beachten Sie weitere mögliche Abrechnungsaus-schlüsse im SAPV-Vertrag) Voraussetzung: - min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal - wird nur dem Betreuarzt vergütet	100,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
0003 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand (P3)	- 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 psycho-sozialen 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,	- P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat. - max. 1mal pro Quartal - Max. 4mal pro Versicherten-Teilnahmejahr Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	27,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	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		
Zuschläge			
1490 Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten	- max. 10mal pro Quartal abrechenbar neben dem Besuchskomplex oder Mitbesuch - 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)	1mal pro Versichertenteilnahmejahr - Der Zuschlag wird automatisch anteilig je Quartal in Höhe von 2,00 EUR pro eingeschriebenen Versicherten ausgezahlt. Voraussetzung: - 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 (Versorgungs-assistentin in der hausärztlichen Praxis)	- Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4mal pro Versichertenteilnahmejahr) - Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt	9,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
		Voraussetzung: • Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH • Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
Zuschlag akademischer nichtärztlicher Heilberufe auf die SQP	Beschäftigung eines Physician Assistent oder vergleichbare (staatlich anerkannte) akademische Qualifikationen nichtärztlicher Heilberufe	• 1 x pro Versichertenteilnahmejahr • Der Zuschlag wird anteilig 1x pro Abrechnungsquartal ausbezahlt. • Der Zuschlag auf die SQP wird je entsprechend qualifizierter Person abhängig vom Stundenumfang entsprechend des Arbeitsvertrages des akademischen nichtärztlichen Heilberufers wie folgt vergütet: • 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 10,00 € auf die SQP • 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 7,50 € auf die SQP • 0,5 Stelle (ab 19 h pro Woche) 5,00 € auf die SQP	10,00 EUR
Einzelleistungen			
01732/01732B Gesundheitsuntersuchung	Gesundheitsuntersuchung: Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GOP 01732 gem. • EBM Q1/2019, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	• 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 • bei Erbringung der einmaligen GU bei Patienten im Alter zwischen 18 und 34 Jahren ist die • 01732B abrechenbar	41,53 EUR
01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen	• die Leistung wird 1mal im Kalenderjahr je HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet	18,35 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	kungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C §25 der Krebsfrüherkennungs- Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	Vertreterpauschale ist daneben nicht abrechenbar	
01745 Krebsfrüherkennung Haut	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3). Vergütung erfolgt zusätzlich zur Obergrenze gemäß § 8 Abs. 4 der Anlage 3 des HZV-Vertrages.	- ab dem 36. Lebensjahr - einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren abrechenbar - Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich	32,23 EUR
02310 Versorgung chronischer Wunden	Versorgung chronischer Wunden, bei Bedarf: - Abtragung von Nekrosen - Wunddebridement - Lokaltherapie - Fotodokumentation (Kompressions)verband	max. 5mal pro Quartal	22,00 EUR
03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	- Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung der kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren - Beurteilung der Sturzgefahr und Hirnleistungsstörungen mittels standardisierten Testverfahren Bei Bedarf Anleitung zur Anpassung des familiären	- max. 1mal pro Quartal - abrechenbar für Versicherte vom 61. Lebensjahr an Voraussetzung: - wird nur dem Betreuarzt vergütet	17,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	und häuslichen Umfeldes sowie des Wohnraumes und ggf. Arbeitsplatzes		
1413 Mitbesuch	- Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder Pflegeheim - Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413, 01414 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	- max. 1mal pro Tag - nicht am selben Tag wie Besuchskomplex abrechenbar	12,00 EUR
1400 Besuchskomplex	- Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT oder das nichtärztliche Fachpersonal seine/ihre Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben - liegt nicht vor, wenn die oben genannten Personengruppe ihre eigene Praxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, in der sie selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch) - Hinweis: Die vom Besuchskomplex umfassten EBM-Ziffern gehen aus Anhang 1 der Anlage 3 hervor	max. 8mal pro Quartal Voraussetzung: Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	40,00 EUR
33012 Schilddrüsen-Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33012 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)		11,00 EUR
33042 Abdominelle Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33042 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	max. 2mal pro Quartal abrechenbar	21,00 EUR
Impfungen	Siehe Regelungen des § 3 Abs. 8 dieser Anlage 3		

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 jeder Arzt in der Praxis des Betreuarztes (Einzelpraxis/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 Abs. 6.).
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 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 a) Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder c) 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).
Arzt-Patienten-Kontakt (APK)	a) Ein APK beschreibt die persönliche, telefonische oder digitale Interaktion eines Hausarztes und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur hausärztlichen Versorgung des Patienten. b) Der APK kann außerhalb der vom Hausarzt höchstpersönlich zu erbringenden Leistungen auch im Wege der Delegation, auch an nichtärztliches Fachpersonal, nach Maßgabe der für die Hausarztzentrierte Versorgung (§73b SGB V) geltenden berufs-, sozial- und zivilrechtlichen Bestimmungen erfolgen.

Begrifflichkeit	Beschreibung
	c) Die Interaktion des APKs durch den Hausarzt und/oder das nichtärztliche Fachpersonal kann innerhalb oder außerhalb der zeitlichen und/oder räumlichen Einheit erfolgen; die für die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) geltenden berufs- und sozialrechtlichen Bestimmungen sind einzuhalten.

§ 2

Inkrafttreten, Laufzeit

Diese Anlage 3 tritt zum 01. Juli 2026 in Kraft; die Vergütungsvereinbarung nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 30. Juni 2028. Einigen sich die KNAPPSCHAFT und der Hausärzteverband bis zum 31. März 2028 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelungen, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen bis zur Vereinbarung einer neuen Vergütungsanlage fort.

§ 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 KNAPPSCHAFT, 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 ist verpflichtet, im Rahmen der Dokumentation seiner ärztlichen Leistungen Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware nach der Klassifikation der Krankheiten durch das 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 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 **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt. Auf das Verbot der Doppelabrechnung von HZV-Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung nach § 12 Abs. 2 HZV-Vertrag wird Bezug genommen.

-
- (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 EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß dieser **Anlage 3** abgegolten.
- (5) Sofern Leistungen erbracht werden, die im EBM-Ziffernkranz (**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) Werden HZV-Leistungen dieser Anlage 3 nicht von dem Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der Einzelpraxis/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) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsaufwand 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.
- (8) 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“. Alle Impfleistungen analog den Ziffern der „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“ sind Bestandteil des HZV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HZV-Vertrags abgerechnet. Die Vergütung zur Durchführung der Impfung richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung des Rahmenvertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereini-
-

gung und der KNAPPSCHAFT über Schutzimpfungen und Prophylaxe. Die Regelungen dieses Rahmenvertrages gelten auch nach Auslaufen oder Kündigung so lange fort, bis ein Folgevertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung für die KNAPPSCHAFT vereinbart ist oder eine eigenständige Vereinbarung für den HZV-Vertrag geschlossen ist.

- (9) 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.

§ 4

Praxisgebühr

- entfällt -

§ 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 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 (HZV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HZV-Vertrages) zur Verfügung. Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.
- (3) Für die im Informationsbrief Patiententeilnahmestatus auf Basis des von der KNAPPSCHAFT an die HÄVG übermittelten Teilnehmerverzeichnisses als HZV-Versicherte ausgewiesenen Versicherten zahlt die KNAPPSCHAFT gemäß § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages eine Abschlagszahlung auf die HZV-Vergütung. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 12,00 EUR, für jeden, bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung der KNAPPSCHAFT 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 unter Abzug der gemäß § 14 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 10. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. 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 KNAPPSCHAFT (§ 6 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
 - (5) 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.
 - (6) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 5 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der KNAPPSCHAFT innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der KNAPPSCHAFT 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 zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
 - (7) Der Hausärzteverband stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der KNAPPSCHAFT 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 § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der KNAPPSCHAFT.
 - (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 binnen zwei Monate mitzuteilen.
 - (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis beziehungsweise die Zahlung der KNAPPSCHAFT 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 KNAPPSCHAFT bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern die KNAPPSCHAFT 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 KNAPPSCHAFT

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband zeitnah nach Ablauf eines Abrechnungsquartals der KNAPPSCHAFT eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 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 KNAPPSCHAFT hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 dieser Anlage aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die KNAPPSCHAFT 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 KNAPPSCHAFT 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 Zahlungsfrist von acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
 - b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die KNAPPSCHAFT 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).
 - c) Unvollständige geleistete Zahlungen stellen keine Erfüllung im Sinne des § 8 Abs. 3 dar und können durch den Hausärzteverband zurückgewiesen werden. Auf § 10 Abs. 4 des HZV-Vertrages wird verwiesen.
- (3) Die KNAPPSCHAFT 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 KNAPPSCHAFT schriftlich mitteilen.
- (4) Die KNAPPSCHAFT kann durch Erklärung gegenüber dem HAUSARZT vertreten durch den Hausärzteverband, dieser gegebenenfalls vertreten durch seinen Erfüllungsgehilfen, binnen zwei Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Ist die KNAPPSCHAFT 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 zwei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages findet insoweit Anwendung.

§ 7

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die KNAPPSCHAFT 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 Diagnosendokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der vom Hausärzteverband an die KNAPPSCHAFT 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. 6 des HZV-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 KNAPPSCHAFT 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 KNAPPSCHAFT erhaltenen Zahlungen (§ 6 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**.
- (2) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die von der KNAPPSCHAFT erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 13 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 4 Abs. 6 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der KNAPPSCHAFT in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten.
- (3) Die KNAPPSCHAFT 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.
- (4) Die durchschnittliche Vergütung der HAUSÄRZTE je eingeschriebenem HZV-Versicherten und je Quartal für sämtliche Leistungen ausgenommen der 01745 aus diesem HZV-Vertrag beträgt höchstens 76,00 €. Zur Ermittlung der Obergrenze wird die Anzahl der eingeschriebenen HZV-Versicherten der KNAPPSCHAFT im jeweiligen Abrechnungsquartal mit dem Betrag von 76,00 € multipliziert. Das Produkt ist die in diesem Quartal maximal zur Verfügung stehende HZV Vergütung für die HAUSÄRZTE insgesamt (Obergrenze). Stellt der Hausärzteverband im Rahmen der Quartalsabrechnung fest, dass die Obergrenze überschritten wurde, erfolgt die Abrechnung gegenüber der KNAPPSCHAFT in Höhe der Obergrenze und die HZV-Vergütungsansprüche der HAUSÄRZTE werden entsprechend quotiert ausgezahlt.

§ 9
Anhänge

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

- (1) **Anhang 1 zu Anlage 3:** HZV-Ziffernkranz
- (2) **Anhang 2 zu Anlage 3:** Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware
- (3) **Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Leistungen
- (4) **Anhang 4 zu Anlage 3:** Überleitungsbogen