

§ 1 HZV-Vergütungspositionen

(1) 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.

Leistung/ Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen			
Struktur- und Qualitätspauschale (SQP)	▪ 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 Quartal je eingeschriebenen Versicherter Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	6,00 EUR
P2 Grundpauschale	▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr Voraussetzung: ▪ Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	46,00 EUR

	Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HZV-Vertrages		
P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand	- Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand - Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung 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	- Max. 1 x pro Quartal - Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	20,00 EUR

	(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, tertiärer und quartärer Prävention		
0004 Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung.	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ 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	20,00 EUR
0005 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 Innovationszuschlag auf P2	Förderung für eine besondere digitale Praxisausstattung. Nachweis der folgenden besonderen Infrastrukturausstattung in der Praxis per Selbstauskunft gegenüber der HÄVG gemäß Anhang 12 zur Anlage 3:	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 für jedes nachgewiesene Infrastrukturmerkmal	
	1. Qualitätssiegel nachhaltige Praxis liegt vor		3,00 EUR
	2. Bereitstellung online buchbarer Termine und regelmäßiges Vorhalten einer relevanten Anzahl an zu buchenden Terminen		2,00 EUR
	3. Teilnahme am VorsorgePlaner + Austausch elektronischer Arztbriefe unter Nutzung von KIM		2,00 EUR
	4. Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS		2,00 EUR
	5. Anwendung eines Impfmanagement-Moduls in PVS		2,00 EUR
Z2 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware Derzeit ausgesetzt.	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2, sofern die in Anhang 11 zu dieser Anlage 3 genannte Quote (nur me-too) erfüllt ist. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	2,50 EUR
Z4 Psychosomatik-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ im Bedarfsfall (GOP 35100/35110 gemäß Leistungslegende EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	▪ Zuschlag für jeden eingeschriebenen Versicherten ▪ 1x pro Quartal Voraussetzung: ▪ Nachweis der Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen gegenüber der HÄVG ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet	4,00 EUR
Modul „Digitalisierung“			
OVS Videosprechstunde	Eine Sitzung findet ausschließlich per Videokontakt statt	▪ 1x je Quartal ▪ mindestens 1 Video-APK	5,00 EUR

Modul „Einzelleistungen Prävention Plus“			
01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	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)	- Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet. - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	17,18 EUR
01732B Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening	gemäß Abschnitt B. 1. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01732 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	Einmalig zwischen dem 19. und 35. Lebensjahr	45,00 EUR
01732 Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening	gemäß Abschnitt B. 1. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01732 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) bei Bedarf ergänzt um folgende Punkte: - Ausgabe und Auswertung eines zugelassenen Tests auf okkultes Blut im Stuhl, sofern der HZV-Versicherte durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt - Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms - Erhebung des individuellen Risikos für KHK (anerkannter geeigneter Risikoscore, z.B. Procam oder Arriba), ggfs. mit Knöchel-Arm-Index, Osteoporose und (familiären) Darmkrebs (Fragebogen) sowie	- für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb zwei Kalenderjahren - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Nicht am gleichen Tag neben der Stuhlprobe(01737) abrechenbar	45,00 EUR

	Beratung zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung, insbes. bei familiärer Vorerkrankung bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien		
01737 Stuhlprobe	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Teil II. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), inkl. Beratung	- Nicht am gleichen Tag neben der 01732 abrechenbar - Ab dem 51. Lebensjahr 1x im Kalenderjahr - Ab dem 56. Lebensjahr 1x in 2 Kalenderjahren - falls in den letzten 10 Jahren keine Darmspiegelung zur Früherkennung durchgeführt wurde	6,80 EUR
01745 Hautkrebs-screening	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)	- für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren - Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und der Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. - Im selben Quartal nicht abrechenbar neben 01746 und 01732	30,19 EUR
01746 Zuschlag Hautkrebsscreening zur 01732	Analog GOP 01746 gem. EBM in der jeweils aktuellen Version	- für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren - Nur abrechenbar neben 01732	24,94 EUR
01747 Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Baucharterienaneurysmen	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01747)		9,79 EUR

01748 Ultraschall-Screening Bauchaorten-aneurysmen	Gemäß Leistungsle-gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01748)		14,80 EUR
01707 Neugeborenen-Screening	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-screening“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	21,96 EUR
01711 Neugeborenen-erst-untersuchung (U 1)	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-erst-untersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	15,04 EUR
01712 Neugeborenen-basisuntersuchung (U 2)	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-basisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,85 EUR
01713 Untersuchung 4. bis 5. Lebenswoche (U 3)	Erbringung der Leistung U 3 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01713	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,85 EUR
01714 Untersuchung 3. bis 4. Lebens-monat (LM) (U 4)	Erbringung der Leistung U 4 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01714	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,97 EUR
01715 Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)	Erbringung der Leistung U 5 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01715	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,97 EUR
01716 Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)	Erbringung der Leistung U 6 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01716	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,97 EUR

01717 Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)	Erbringung der Leistung U 7 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01717	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,97 EUR
01723 Untersuchung 34. bis 36. LM (U 7a)	Erbringung der U 7a analog Qualifikationsdefinition im EBM 01723 und der Kinderrichtlinie des GBA (Neugeborenen-Hörscreening)	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,97 EUR
01718 Untersuchung 46. bis 48. LM (U 8)	Erbringung der Leistung U 8 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01718	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,97 EUR
01719 Untersuchung 60. bis 64. LM (U 9)	Erbringung der Leistung U 9 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01719	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	47,97 EUR
01720 Jugendgesundheitsuntersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)	Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	42,48 EUR
Impfungen	Nach aktueller Fassung der Richtlinien des GBA über Schutzimpfungen nach § 20 (2) IfSG (STIKO)		Vergütung gemäß Anhang 1 zu Anlage 3
Einzelleistungen „Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen“			
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes			
00028 Diabetesleber	Durchführung einer Ultraschalluntersuchung des Leberparenchyms, sowie labormedizinische Untersuchung und Interpretation der Leberwerte vor dem Hintergrund des klinischen Gesamtbildes	1x im Kalenderjahr - Nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00029) Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR

	Versicherter mit bekannter Diabetesdiagnose (E1*. * G) ohne bekannte* Leberkrankheit (K77.8)		
00029 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus Früherkennungsuntersuchung (00028). Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose K77.8 und E1*.6- oder E1*.7-	1x pro Quartal - Bis zu 2x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Diabetesleber - Nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Diabetesleber abrechenbar (00028) Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00030 LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen* E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*	1 x im Kalenderjahr - nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00031) Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00031 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue	1 x pro Quartal - Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS	15,00 EUR

	Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-	- nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (00030) Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
00032 Diabetische Neuropathie	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ Eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament) Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose* E1*.4- und/oder G59.0, G63.2, G99.0	1 x im Kalenderjahr - nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00033) Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00033 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose G59.0, G63.2 oder G99.0 und E1*.4- oder E1*.7-	1 x pro Quartal - Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie - nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie abrechenbar (00032) Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie			
00034 pAVK	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der	1 x im Kalenderjahr - nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00035)	15,00 EUR

	„Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“ eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI) Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose* (ICD I70.-)	Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
00035 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose ▪ bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7- ▪ bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2-	▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung pAVK ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung pAVK abrechenbar (00034) Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00036 Chronische Nierenkrankheit	Untersuchung entsprechend der Praxisempfehlungen der DDG „Nephropathie bei Diabetes“ Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen	▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00037) Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR

	Versicherte mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Diagnose* N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2		
00037 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose ▪ bei diabetischer Grunderkrankung N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 und E1*.2- oder E1*.7- ▪ Bei hypertensiver Grunderkrankung N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2	▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit (00036) ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit abrechenbar Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
* Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Diagnose nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat.			
Einzelleistungen			
01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01611)		38,00 EUR
01624 Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01624)		25,06 EUR

03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	▪ Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS) ▪ Beurteilung der Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment) ▪ Bei Verdacht auf Demenzerkrankung: Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD)Ggf. Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung ▪ Ggf. Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes ▪ Ggf. Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt	▪ Max. 2 x pro Versicherungsteilnahmejahr	17,00 EUR
33012 Schilddrüsen-Sonographie	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33012)		11,00 EUR

33042 Abdominelle Sonographie	Gemäß Leistungsle- gende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33042)	Max. 2 x pro Quartal	21,00 EUR
01410 Hausbesuch	Ärztliche Inanspruch- nahme, zu der der Haus- arzt seine Praxis, Woh- nung 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 Arzt- praxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbe- triebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertrags- ärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)		30,00 EUR
1413 Mitbesuch	Besuch eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder in beschützenden Wohn- heimen bzw. Einrichtun- gen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflege- personal Gemäß Leistungsle- gende ge- mäß EBM (GOP 01413)	1x pro Tag Nicht am selben Tag wie Hausbesuch, Besuch durch VERAH abrechenbar	13,00 EUR
Modul „Shared-Decision-Making“			
00038 Einsatz von ar- riba	Behandlung eines Pati- enten im Shared-Deci- sion-Making-Verfahren unter Einsatz des arriba- Moduls PPI (Protonen- pumpen-Hemmer)	- max. 2x im Kalenderjahr 1x pro Quartal Voraussetzung: - Nachweis des Vorhan- denseins der entspre- chend der in Anhang 3 zur Anlage 3 aufgeführ- ten krankheitsspezifi- schen arriba-Module per Selbstauskunft - Absolvierung einer ar- riba-Schulung	15,00 EUR

		Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
Z6 Arriba-Zuschlag auf Struktur- und Qualitätspauschale	Vorhandensein der arriba-Module in der Praxis und bedarfsgerechte Nutzung bei der Behandlung von Patienten mit entsprechenden Erkrankungen	- Zuschlag auf jede vergütete SQP 1x pro Quartal Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 3 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen arriba-Module per Selbstauskunft	1,00 EUR
Modul „Leistungen der qualifizierten Versorgungsassistentin „VERAH“			
Z3 VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis).	- Zuschlag auf jede vergütete P3 - Max. 1x pro Quartal - Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 geregelt Voraussetzung: - Eine MFA des Betreuers verfügt über die Qualifikation VERAH - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Quartal	8,00 EUR
1417 Besuch durch VERAH	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichen Betreuungsaufwand gemäß P3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten gem. 0001 und bzw. oder geriatrischen Patienten gem. 3250	- Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Abrechenbar ab dem Quartal, das auf die Zertifizierung der VERAH gem. Anhang 4 dieser Anlage 3 folgt - Die Positionen 1416 und 1417 können insgesamt max. 10x im Quartal abgerechnet werden.	17,00 EUR

	Die Gebührenordnungsposition kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.	- Nicht am selben Tag abrechenbar neben der 1416 Voraussetzung: - Mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	
1416 Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichen Betreuungsaufwand gemäß P3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten gem. 0001 und bzw. oder geriatrischen Patienten gem. 3250 Bei Nutzung telemedizinischer Ausstattung entsprechend der im Anhang 13 der Anlage 3 definierten Voraussetzungen -zur Messung und Übermittlung der Vitaldaten, Erfassung der Arzneimitteldaten Digitale Übermittlung von Daten (u.a. Vitalparameter, Symptome, Patientendaten) oder Übertragung von Audio/Video-Daten bei der Delegation von ärztl. Leistungen	- Nicht am selben Tag abrechenbar neben der 1417 - abrechenbar, wenn mindestens eine digitale Übertragung von Daten stattfindet - und VERAH und Arzt sich an räumlich getrennten Orten befinden - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Nachweis des Vorliegens einer zugelassenen telemedizinischen Ausstattung per Selbstauskunft - Die Positionen 1416 und 1417 können insgesamt max. 10x im Quartal abgerechnet werden. Voraussetzung: - Mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	32,00 EUR
Modul „Palliativ“			
0001 Hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	Behandlung eines Palliativpatienten	- Max. 1x pro Quartal, sofern es sich bei diesem um einen Palliativpatienten handelt. - Nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV Betreuung als SAPV-Arzt erhält	40,00 EUR

		- Max. 4x pro HZV-Patient Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5G - Mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	
Zuschlag auf den Hausbesuch für einen Besuch von Palliativpatienten	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten	- Abrechenbar neben der Leistung 01410 Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5G	20,00 EUR
Modul „Geriatric“			
3250 Basismodul Ambulante geriatrische Betreuung	Sozialmedizinische Anamnese mit Prüfung Antrag Pflegegrad, GdB etc. Syndrombezogene geriatrische Anamnese bzw. Syndrombezogene geriatrische Untersuchungen bzw. geriatrischer Erhebungsbogen Erfassung der Belastung der pflegenden Angehörigen mit einem strukturierten Fragenkatalog, bzw. im QM hinterlegtem Vorgehen „Primäre & Sekundäre Prävention“ / Leitlinie „Pflegende Angehörige“ Erst-Verordnung der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege durch Hausärzt:innen.	1 x alle zwei Versicherungsteilnahmejahr - Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“ gemäß Anhang 14 zur Anlage 3 liegt vor und wurde gegenüber der HÄVG per Selbstauskunft nachgewiesen - Ab vollendetem 70. Lebensjahr - bei Patienten mit mind. einem der folgenden Krankheitsbildern: - Demenzerkrankung, Alzheimer-Erkrankungen, Parkinsonerkrankungen - Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit - Hirnorganische Wesensveränderung, - Hirnblutung oder Apoplex - Myokardinfarkt - Multiple Sklerose	50,00 EUR

	▪ Strukturiertes Poly-medikationsmanagement ▪ Feststellung des geriatrischen Behandlungsbedarfs ▪ Festlegung von geriatrischen Behandlungszielen & des Behandlungsplans ▪ Hausärztliche Vorausplanung: ○ Bewertung der geriatrischen Syndrome im Zusammenhang mit Kontextfaktorenanalyse ○ Klärung Vorhandensein Pflegegrad, ggf. Einbindung Pflegedienst, ggf. Aufnahme in Hausbesuchssetting, Klärung Patientenverfügung, Vermeidung Hospitalisierung, ggf. SAPV, Vorsorgevollmachten ○ Berücksichtigung auch nichtmedikamentöser Aspekte ▪ Empfehlungen / Verordnung / Einleitung zur „Therapieplanung“ ○ medikamentöse Therapie ○ Heilmittel ○ Hilfsmittel ○ Rehabilitative geriatrische Maßnahmen ○ Weiterführende Diagnostik bei anderen Fachärzten (Neurologe, Nephrologe, HNO ...)	○ Schwindel, Schwindelsyndrom ○ Gehbeschwerde ○ Sturzneigung ○ chron. Schmerzsyndrom Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Voraussetzung Dokumentation „Geriatrisches Basisassessment“ 03240 mind. im gleichen bzw. vorherigen Versicherungsteilnahmejahr ▪ Abrechnung eines Besuches durch Arzt oder VERAH (1416, 1417, 01410, 1413) im selben oder vorherigen Quartal	
--	--	--	--

Z5 Zuschlag auf Hausbesuch ei- nes geriatri- schen Patien- ten	▪ Besuch eines pflegebedürftigen Hausbesuchspatienten ▪ Sozialmedizinische pflegerische Einschätzung: ○ Erfassung Sturzprophylaxe ○ Überprüfung Hilfsmittel ○ Überprüfung Pflegebedürftigkeit ○ Überprüfung Impfstatus ▪ Koordination zwischen: ○ Angehörige n ○ Ärzten und Patienten ○ Pflegediensten ○ Apotheken ○ Wundmanagern ○ SAPV ○ Sanitätshäusern ○ Stoma-Therapeuten ▪ Therapieempfehlung: ○ Ärztliche Abstimmung ○ Weitergabe der ärztlichen Therapieempfehlung ▪ Entlassmanagement: ○ Prüfung: - Diagnosen - Entlassmedikation - Hilfsmittel - Heilmittel ○ Klärung Hausärztliche Verordnung ○ Klärung Labor ○ Klärung weitere Hausbesuche durch VERAH/Arzt-Ärztin	▪ Basismodul (3250) wurde im aktuellen oder in den letzten 7 Quartalen abgerechnet ▪ Abrechnung eines Besuches durch Arzt oder VERAH (1416, 1417, 01410, 1413) mit per Selbstauskunft an HÄVG gemeldeter Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“ gemäß Anhang 14 zur Anlage 3 Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	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.).
Vertragsteilnahmejahr des Arztes	Ein Vertragsteilnahmejahr des Arztes umfasst vier aufeinander folgende Quartale und beginnt erstmalig ab dem auf die schriftliche Bestätigung der Teilnahme am Vertrag (Teilnahmebestätigung) folgenden Quartal.
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 den Hausärzterverband). Bei einem durch die TK 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).
Arzt-Patienten-Kontakt	Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus. Andere Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen Kontakt und/oder einen Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und/oder einen mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt und Patient an demselben Ort voraus.

§ 2

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Sollten innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V erfolgen, verhandeln der Hausärzteverband und die TK, ob und wie diese Leistungen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** berücksichtigt werden bzw. entfallen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Anpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** aufgrund dieser Regelung 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. Bei nicht gesicherten Diagnosen ist die Verwendung von vierstelligen Schlüsselnummern ausreichend (vgl. Vertrag § 3 (5) lit. b i.V.m. der jeweiligen Bekanntmachungen des BMG gem. §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnoseschlüssels).

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 Betreuarzt gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen, von der HZV erfassten Leistungen abgedeckt.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die eingeschriebenen Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses HZV-Vertrages zu erbringen. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erfolgen.

- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die im EBM-Ziffernkranz nach 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, anderenfalls ist dieses eine Doppelabrechnung (§ 11 Abs. 3 HZV Vertrag).
- (4) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
 3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

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 § 11 Abs. 3 HZV-Vertrag.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich, anderenfalls ist es eine Überzahlung (§ 11 Abs. 5 HZV Vertrag).

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 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V
- (2) Bis zum 30.09.2017 wurden die Impfleistungen pauschal vergütet. 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 und werden der TK im Einzelrechnungsnachweis übermittelt.
- (3) Ab dem 01.10.2017 sind alle Impfleistungen gemäß Absatz 1 Bestandteil des HZV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HZV-Vertrags abgerechnet.
- (4) Die Preise der einzelnen Imp fziffern werden in Anhang 1 zur Anlage 3 (HZV-Ziffernkranz) festgehalten.

VII. Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß dieser Anlage 3 gelten unbefristet. Sie sind von Hausärzteverband und TK kündbar mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderquartals, frühestens zum 31.03.27.

§ 3

Abrechnung und Auszahlung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt, die HZV-Vergütung von der TK entgegenzunehmen und verpflichtet, die HZV-Vergütung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 10 Abs. 1 des HZV-Vertrages weiterzuleiten. Die vertragsspezifische HZV-Vergütung ist getrennt von sonstigen Vermögen des Hausärzteverbandes zu verwalten. Er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe einschließlich der Verarbeitung der Abrechnungsdaten und als Zahlstelle.
- (2) Die HÄVG prüft die von der TK geleisteten Zahlungen auf ihrem Konto ("**Abrechnungskonto**") sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach § 6 Abs. 8 dieser **Anlage 3**. Sie ist verpflichtet, die Zahlungen der TK in angemessen kurzer Frist nach Erhalt an die HAUSÄRZTE weiterzuleiten.
- (3) Änderungen der Kontoverbindung teilt die HÄVG bis spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit dem Abrechnungszentrum der TK schriftlich mit.

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 TK spätestens einen Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (4) Die HÄVG ermittelt den Vergütungsanspruch des HAUSARZTES auf Basis der vom HAUSARZT übermittelten Abrechnungsdaten.
- a) Sie prüft die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität.
 - b) Auf der Grundlage der geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt die HÄVG die Abrechnungsdateien für die TK und Abrechnungsnachweise für die Ärzte.
 - c) Im Fall von Abrechnungsrügen in Regelprüfungen oder Aufrechnungserklärungen der TK überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei und nimmt sich daraus ergebende Korrekturen vor. Einzelheiten des Korrektur- und Verrechnungsverfahrens bei sog. "Doppelabrechnungen" regelt **Anhang 9** zu dieser Anlage.
 - d) Die Prüfungen erfolgen - soweit technisch möglich - automatisiert und frühzeitig im Prozess eingebunden.
 - e) Neben Prüfungen durch die HÄVG werden die Abrechnungsdaten auch in der durch den HAUSARZT eingesetzten Vertragssoftware geprüft.
- (5) Die HÄVG erstellt die Gesamtrechnung auf Basis der geprüften Abrechnungsdaten. Sie hat die Pflicht, die jeweiligen Forderungen und Verpflichtungen der HAUSÄRZTE und der TK buchhalterisch transparent auszuweisen und berechnet die jeweiligen Zahlungsverpflichtungen zwischen der TK und dem jeweiligem HAUSARZT.
- (6) Nach Erhalt der Zahlung von der TK stellt die HÄVG dem HAUSARZT einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“) bereit. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt insbesondere folgende Punkte:
- a) Die im Abrechnungsquartal geleistete HZV-Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3.
 - b) Die nach § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages geleisteten Abschlagszahlungen.
 - c) Die Verwaltungskostenpauschale sowie die
 - d) zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüften, nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 9 dieser Anlage 3 berechtigten Abrechnungsrügen sowie die Verrechnung der Forderungen der TK nach § 11 Abs. 6 des HZV-Vertrages. Die Abrechnungsrügen werden nach Versicherten, Leistungen und Datum der Leistungserbringung aufgeschlüsselt dargestellt.
- (7) Im Falle einer Kündigung der HZV-Teilnahme durch einen HAUSARZT ist der Hausärzteverband gegenüber dem kündigenden HAUSARZT in Abweichung zu § 4 Abs. 2 der Anlage 3 des HZV-Vertrages berechtigt, die dritte Abschlagszahlung für das letzte Teilnahmequartal des HAUSARZTES, die dieser von der TK erhalten hat, einzubehalten, soweit diesem mit seinem letzten Abrechnungsnachweis (vorletztes Teilnahmequartal) eine Schlussforderung zugunsten der TK ausgewiesen wurde.

- (8) Die Abrechnungsnachweise für die HAUSÄRZTE sind rechtssicher für Mahn- und Klageverfahren zu gestalten, d.h. dem HAUSARZT sind die jeweiligen Forderungen der TK sowie die Verrechnung und Saldierung von Ansprüchen im Sinne der Rechengenklarheit darzustellen.

§ 4 Abrechnung der HAUSÄRZTE

- (1) Die HÄVG stellt dem Hausarzt die Information über den Teilnahmestatus der HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal gemäß § 9 Abs. 3 des HZV-Vertrages bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal zur Verfügung.
- (2) Die HÄVG zahlt die von der TK für die teilnehmenden Versicherten geleisteten Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Folgemonats an den HAUSARZT aus (z. B. 15. März für die Teilnehmer im Februar), soweit keine abweichenden Regelungen bestehen.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt der HÄVG seine Abrechnung der HZV-Vergütung elektronisch und jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**HZV-Abrechnung**“). Die HZV-Abrechnung ist spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats zu liefern (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 einzelner Abrechnungsfälle ist der Hausärzterverband berechtigt, die Abrechnungsfälle gegenüber der TK als Nachreichung erst in einem Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den bereitgestellten Abrechnungsnachweis der HÄVG unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen. Ein schriftlicher Widerspruch gegenüber der HÄVG ist innerhalb von 4 Wochen nach Eingang möglich. Die Berücksichtigung später eingehender Beanstandungen ist ausgeschlossen.
- (5) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der TK hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzterverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Analyse und gegebenenfalls Abrechnungskorrektur gegenüber der TK mit der nachfolgenden Quartalsabrechnung bemühen.
- (6) Der Hausärzterverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES mit der TK verpflichtet, sofern er dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 6-8 dieser Anlage 3 ungerechtfertigt ist.
- (7) Sofern eine gerichtliche Geltendmachung erforderlich ist, ist der Hausärzterverband bei grundsätzlichen, also eine Vielzahl von Hausärzten betreffenden Differenzen mit der TK über die Abrechnung der HZV-Vergütung aufgrund der Anwendbarkeit oder Auslegung einzelner Vergütungstatbestände

nach dieser **Anlage 3** nebst **Anhängen** berechtigt und verpflichtet, Ansprüche des HAUSARZTES gegenüber der TK für den HAUSARZT geltend zu machen; der Hausärzteverband darf diese Ansprüche im Wege eines Musterverfahrens verfolgen und ist gleichzeitig berechtigt, die Klärung entsprechender Ansprüche weiterer Hausärzte bis zum Abschluss dieses Musterverfahrens zurückzustellen. Sollte die Führung des Musterverfahrens durch die Dienstleistungsgesellschaft in Prozessstandschaft aus prozessualen Gründen nicht zulässig sein, ist der HAUSARZT verpflichtet, auf Anforderung der Dienstleistungsgesellschaft eine Abtretung seines entsprechenden Teils des Anspruches auf die HZV-Vergütung zum Zwecke der Führung eines Musterverfahrens vorzunehmen, sofern diese Abtretung unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen des HAUSARZTES, zur Durchsetzung dessen Anspruchs das Musterverfahren geführt wird, zumutbar ist. Die Erträge dieses Verfahrens stehen nach Abzug der notwendigen Kosten der Rechtsverfolgung dem HAUSARZT zu.

- (8) Sollte sich für einen HAUSARZT eine Überzahlung oder ein sonstiger Gegenanspruch gemäß § 11 Abs. 6 und § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages der TK ergeben, erhält der HAUSARZT im Abrechnungsnachweis eine Mitteilung, dass die fälligen Beträge mit jeglichem Zahlungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet werden. Einzelheiten des Verrechnungsverfahrens bei Fehl- und Doppelabrechnungen regelt Anhang 9 dieser **Anlage 3**.
- (9) Sollte ein HAUSARZT aus dem HZV-Vertrag ausscheiden oder eine Verrechnung mit zukünftigen Vergütungsansprüchen aus anderen Gründen nicht oder nicht vollständig möglich sein, erhält der HAUSARZT mit einem Abrechnungsnachweis eine Zahlungsaufforderung. Die dort ausgewiesenen Forderungen sind vom Hausarzt innerhalb von 4 Wochen zu begleichen. Der HÄV übermittelt bei ausstehenden Rückforderungen nach Ablauf der 4 Wochen Zahlungsfrist bis zu zwei weiteren Zahlungsaufforderungen als Mahnungen an die HAUSÄRZTE, die ihrer Zahlungsverpflichtung nicht fristgerecht nachkommen.

§ 5

Abrechnungsannahme und Zahlung der TK

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die HÄVG der TK im Auftrag des Hausärzteverbandes nach Abschluss des Abrechnungsquartals
- a) eine Einzelfall- und
 - b) eine Sammelrechnungsdatei sowie
 - c) ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte zum Zeitpunkt der Abrechnungsdatenerstellung (ARZ01)
- als zahlungsbegründende Unterlage. Die Dateien werden nach Vertragsnummern getrennt geliefert.

-
- (2) Die Einzelfallrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungsfälle eines Kalenderquartals ("**Abrechnungsquartal**") und weist die Beträge für den jeweiligen HAUSARZT aus. Ein Abrechnungsfall umfasst alle Leistungen, die für einen Versicherten im Leistungsquartal durch die in der Praxis des Betreu-arztes tätigen Hausärzte erbracht wurden. Zu einer Praxis gehören die Hauptbetriebsstätte und sämtliche Nebenbetriebsstätten ("**Abrechnungsfall**").
 - (3) Die zum Zwecke der Prüfung der Abrechnung übermittelten Einzelfall- und Sammelrechnungsdaten basieren hinsichtlich ihres strukturellen Aufbaus auf der zwischen den Vertragspartnern abgestimmten jeweils aktuellen Fassung der Technischen Anlage zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V für Verträge nach § 73b SGB V ("**TA**") und werden als Echtdaten geliefert. Testdaten werden in beiderseitigem Einvernehmen zu Testzwecken quartalsweise für alle Vertragsregionen jeweils vor der Übermittlung der Echtabrechnungsdaten und optional zusätzlich nach individueller Vereinbarung (z.B. Erstlieferungen einer Datenart, Umstellung der Version einer TA, Anpassungen des Prüfregelwerks) übertragen.
 - (4) Die TK prüft die jeweiligen Einzelfall- und Sammelrechnungsdateien auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität entsprechend §§ 10 ff. des HZV-Vertrages und 9 dieser Anlage 3. Zusätzlich nimmt die TK Prüfungen entsprechend den Stufen 1-3 der jeweils aktuellen Fassung der Technischen Anlage zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V für Verträge nach § 73b SGB V sowie eine Additions- und Multiplikationsprüfung vor. Die Summe der Einzelfallrechnungen muss den Beträgen der Sammelrechnung entsprechen.
 - (5) Die TK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen für Echtdaten sowie eine Prüffrist von 5 Arbeitstagen für Testdaten ("**TK-Prüffrist**"), um eine Rückmeldung über die Verarbeitung an die HÄVG zu geben. Die Meldung erfolgt möglichst taggleich nach Feststellung.
 - (6) Ist die TK der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, teilt die TK der HÄVG die Abrechnungsrüge gem. Anhang 10 mit. Die Mitteilung erfolgt möglichst taggleich nach Feststellung.
 - (7) Handelt es sich bei den Abrechnungsrügen um schwerwiegende Fälle, die eine Verarbeitung der Abrechnungsdatei bei der TK nicht zulassen, führt dies zur Ablehnung und Abweisung der Abrechnungsdatei durch die TK. In diesem Fall stellt die HÄVG der TK unverzüglich die um die beanstandeten Abrechnungsrügen korrigierten neuen Abrechnungsdateien zur Verfügung.
 - (8) Nach Ablauf der TK-Prüffrist und nachdem die TK die Fehlerfreiheit der Dateien gegenüber der HÄVG schriftlich bestätigt hat, was unverzüglich zu erfolgen hat, ist die TK innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen ("**Zahlungsfrist**") zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.

- (9) Im Anschluss erhält das Abrechnungszentrum der TK einen Gesamtrechnungsbrief mit den in Anhang 6 zu dieser Anlage aufgeführten Inhalten per Post. Der Gesamtrechnungsbrief geht an:

Techniker Krankenkasse
Abrechnungszentrum
Ruhrorter Strasse 187
47119 Duisburg

Das Abrechnungszentrum betreffende Änderungen teilt die TK dem Hausärzteverband spätestens 1 Monat vor dem Beginn des Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (10) Die TK hat die Zahlung auf das Abrechnungskonto zu leisten. Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur. Die Zahlung durch die TK bewirkt ein Erlöschen der fälligen Forderungen der HAUSÄRZTE gegenüber der Krankenkasse. Die TK ist verpflichtet, die im Rechnungsbrief als Zahlbetrag ausgewiesene Summe an die HÄVG zu zahlen, sofern die Summe dem in der angenommenen Abrechnungsdatei ausgewiesenen Zahlbetrag entspricht. Der Zahlbetrag ist die Summe der Abrechnungsbeträge der Gesamtheit der HAUSÄRZTE unter Berücksichtigung der von der TK insgesamt geleisteten Abschlagszahlungen.

§ 6

Prüfungen der TK nach Rechnungszahlung

- (1) Die TK kann die Abrechnungsdateien binnen 3 Jahren nach Erhalt auf Grundlage des Prüfregelwerks nach den § 8, 9 dieser Anlage prüfen (Regelprüfung) und Abrechnungsrügen gegenüber dem HAUSARZT über die HÄVG geltend machen.
- (2) Über die Regelprüfung hinaus nimmt die TK vertragsübergreifende Prüfungen auf Doppel- und Fehl-abrechnung vor. Dazu erstellt die TK Abrechnungsrügen anhand von Einzelfallrechnungen (HZV) und Einzelfallnachweisen (Regelversorgung). Das Nähere zum Verfahren der Realisierung von Forderungen der TK aus Fehl- und Doppelabrechnungen ist in den Anhängen 9 und 10 dieser Anlage geregelt.

§ 7

Regelprüfungen

- (1) HÄVG und TK nehmen Regelprüfungen auf Grundlage der Regelungen in § 9 der **Anlage 3** vor.
- (2) Wenn es in einer Prüfung zu einem positiven Ergebnis kommt, d.h. nach Auffassung eines Vertragspartners ein Fehler in der Abrechnung vorliegt, muss dieses Prüfergebnis dem Vertragspartner schriftlich und unter Angabe eines konkreten Mangels mitgeteilt werden („**Abrechnungsrüge**“). Ist der Ver-

tragspartner der Auffassung, dass die Abrechnungsrüge unbegründet ist, teilt er dies dem Vertragspartner mit ("**Widerspruch zur Abrechnungsrüge**"). Schriftliche Abrechnungsrügen sehen mindestens die Angabe von Rechnungsnummer und Prüfregel-ID vor. Meldungen der TK an die HÄVG müssen mindestens 4 Wochen vor Erstellung der Abrechnungsdateien vorliegen, um in der nächstmöglichen Abrechnung Berücksichtigung finden zu können. Sind die übermittelten Abrechnungsrügen unvollständig oder unbegründet, dann muss mit der Erstellung der Abrechnung eine Mitteilung über die Einwände erfolgen.

- (3) Für geeinte, durch Schiedsspruch bestätigte oder unbeanstandet gebliebene Abrechnungsrügen nimmt die HÄVG eine Verrechnung der entsprechenden Beträge mit der nächstfolgenden Abrechnung sowie eine Korrektur der Abrechnungsdaten (siehe **Anhang 8**) vor. Die Verrechnungsbeträge werden im Gesamtrechnungsbrief (siehe **Anhang 6**) als Gut- und Lastschriften ausgewiesen.

§ 8 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) HÄVG und TK vereinbaren gemeinsam ein Prüfregelwerk ("**Prüfregelwerk**"; Anhang 7). Geprüft werden u. a. fallübergreifende und fallinterne Konsistenz, Teilnahme zum Leistungszeitpunkt (HAUSÄRZTE und Versicherte) sowie Prüfungen der Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen gemäß § 1.
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Kriterien:
- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV. Die Abrechnung wird gegen das Arztverzeichnis zum Zeitpunkt der Abrechnung (ARZ01) sowie das Teilnehmerverzeichnis (TVZ00) des Folgequartals geprüft.
[Beispiel: Der Abrechnungszeitraum ist gleich ein Quartal und wird im RGI Segment der Abrechnungsdateien definiert, so dass das TVZ Q2 für die Prüfung des Abrechnungsquartals Q1 herangezogen würde.]
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung oder des VERAH-Zuschlags.
 - c) Vorliegen vollständiger und konsistenter Abrechnungsdatensätze.
 - d) Angabe der erforderlichen und logischen Diagnosedokumentation gemäß § 2 Ziffer II. dieser Anlage 3.
- (3) Kommt es in nachfolgenden Mitteilungen der HZV-Versichertenteilnahme gemäß § 9 Abs. 3 des HZV-Vertrags zu rückwirkenden Beendigungen oder Stornierungen, werden diese gemeldet, für die Abrechnung jedoch maximal drei Quartale rückwirkend berücksichtigt, soweit es sich nicht um arztbezogene Beendigungsgründe handelt.

- (4) Die Vertragsparteien streben einen Prozess zur Qualitätssicherung der Abrechnung des Hausarztes an. Die Erkenntnisse werden gegebenenfalls in den Prüfregelwerken aufgenommen. Wenn die vorgenannten Prüfungen Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich beschriebenen Abrechnungskorrektur das Prüfwesen nach **Anlage 9** zum HZV Vertrag einschlägig sein.

Eine optionale Prüfung der Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen wird durch diese Regelung nicht ausgeschlossen.

§ 9 Anlagen

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**
- Anhang 2 zu Anlage 3:** entfällt
- Anhang 3 zu Anlage 3:** Shared-Decision-Making: arriba-Module
- Anhang 4 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag
- Anhang 5 zu Anlage 3:** Wirkung der Obergrenze
- Anhang 6 zu Anlage 3:** Gesamtrechnungsbrief
- Anhang 7 zu Anlage 3:** Prüfregelwerk
- Anhang 8 zu Anlage 3:** Storno- und Korrekturverfahren
- Anhang 9 zu Anlage 3:** Rückforderungsmanagement und Verrechnung bei sog. " Fehl- u. Doppelabrechnungen"
- Anhang 10 zu Anlage 3:** Datensatzbeschreibung und näheres zum Umgang mit Abrechnungsrügen
- Anhang 11 zu Anlage 3:** Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag
- Anhang 12 zu Anlage 3:** Besondere Bestimmungen zum Innovationszuschlag
- Anhang 13 zu Anlage 3:** Telemedizinische Ausstattung des VERAH-Moduls
- Anhang 14 zu Anlage 3:** Fortbildung zum Versorgungsmodul „Geriatric“