

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1 HZV-Vergütungspositionen

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

Leistung/ Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen			
P2 Grundpauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HZV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	43,00 EUR
P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung 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 Medika- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	25,00 EUR

	<p>menten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln sowie Aushängung 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.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	20,00 EUR
0005 Zielauftragspauschale	<p>Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	20,00 EUR

Zuschläge			
Z1 Innovationszuschlag auf Grundpauschale	<p>Nachweis von mindestens drei der folgenden besonderen Infrastrukturausstattung in der Praxis per Selbstauskunft gegenüber der HÄVG gemäß Anhang 4 zur Anlage 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TI-Paket mit Vorhalten des jeweils verfügbaren aktuellsten Updates für <ul style="list-style-type: none"> ▪ KIM (mind. Version 1.5) ▪ Elektronischen Heilberufausweis (mind. G2) ▪ e-Health Konnektor (mind. PTV4) ▪ PVS (Anwendung Module NFDM, eMP, eAU, ePA, eRezept) ▪ e-Health-Kartenterminal ▪ Versand und Empfang von elektronischen Arztbriefen unter Nutzung von KIM ▪ Bereitstellung online buchbarer Termine ▪ Angebot einer Videosprechstunde ▪ Einsatz eines PVS-Impfmanagement-Systems 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede abgerechnete P2 	8,00 EUR
Z2 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2	<p>Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware</p> <p>Derzeit ausgesetzt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	2,50 EUR
Z4 Psychosomatik-Zuschlag	<p>Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ im Bedarfsfall (GOP 35100/ 35110 gemäß Leistungslegende EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag für jeden eingeschriebenen Versicherten ▪ 1x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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“			
1640 ePA-Start	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarztzentrierte qualifizierte Erstbefüllung der ePA ▪ Vorhandene Dokumente aus PVS werden in ePA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x je Versichertenteilnahme ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	35,00 EUR

	<p>übertragen (Umfang wird mit Patienten gemeinsam bestimmt)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anlage des Notfalldatensatzes (NFDM) in ePA und/oder EGK (wenn Notfalldaten vorhanden) <p>Anlage des Medikationsplans in ePA (ab 3. regelmäßig verordnetem Medikament)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	
1641 ePA-Aktualisierung	<p>Abrechenbar bei mindestens einer Aktualisierung von Dokumenten, Berichten, Impfungen, Eintragungen in Medikationsplan und Notfalldatensatz o.ä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x je Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	7,00 EUR
1450 Videosprechstunde	<p>Eine Sitzung findet ausschließlich per Videokontakt statt</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x je Quartal ▪ mindestens 1 Video-APK 	5,00 EUR
Modul „Einzelleistungen Prävention Plus“			
01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	<p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,06 EUR
01732 Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Überprüfung des Impfstatus einschl. der Organisation der Durchführung von fehlenden Impfungen ▪ Ganzkörperstatus einschl. Dokumentation ▪ Laboruntersuchung zur Ermittlung des Risikos für Diabetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb zwei Kalenderjahren ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	45,00 EUR

	<p>HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ 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 Risiko-Score, z.B. Procam oder Arriba), ggfs. mit Knöchel-Arm-Index, Osteoporose und (familiären) Darmkrebs (Fragebogen) sowie Beratung zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung, insbes. bei familiärer Vorerkrankung bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien 		
<p>01745 Hautkrebsscreening</p>	<p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<p>22,53 EUR</p>

		<ul style="list-style-type: none"> Im selben Quartal nicht abrechenbar neben 01746 und 01732 	
01746 Zuschlag Hautkrebsscreening zur 01732	Analog GOP 01746 gem. EBM in der jeweils aktuellen Version	<ul style="list-style-type: none"> für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren Nur abrechenbar neben 01732 	17,90 EUR
01707 Neugeborenen-Screening	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-screening“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	14,22 EUR
01711 Neugeborenen-erster-untersuchung (U 1)	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-erster-untersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	13,27 EUR
01712 Neugeborenen-basisuntersuchung (U 2)	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-basisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR
01713 Untersuchung 4. bis 5. Lebenswoche (U 3)	Erbringung der Leistung U 3 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01713	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR
01714 Untersuchung 3. bis 4. Lebensmonat (LM) (U 4)	Erbringung der Leistung U 4 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01714	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR

01715 Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)	Erbringung der Leistung U 5 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01715	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR
01716 Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)	Erbringung der Leistung U 6 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01716	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR
01717 Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)	Erbringung der Leistung U 7 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01717	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 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)	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR
01718 Untersuchung 46. bis 48. LM (U 8)	Erbringung der Leistung U 8 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01718	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR
01719 Untersuchung 60. bis 64. LM (U 9)	Erbringung der Leistung U 9 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01719	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR
01720 Jugendgesund- heitsuntersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)	Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720	<ul style="list-style-type: none"> Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	37,38 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			

<p>3001 LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)</p>	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“</p> <p>Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen¹ E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3001N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>3001N Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (3001) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>3002 Diabetische Neuropathie</p>	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“</p> <p>eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament)</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose¹ E1*.4- und/oder G59.0, G63.2, G99.0</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3002N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>3002N Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie 	<p>15,00 EUR</p>

	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-	<ul style="list-style-type: none"> nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie abrechenbar (3002) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie			
3003 pAVK	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“</p> <p>eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI)</p> <p>Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose¹ (ICD I70.-)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 x im Kalenderjahr nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3003N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
3003N Nachsorgekontrolle bei positiven Befund	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7- bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2- 	<ul style="list-style-type: none"> 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 (3003) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
3004 Chronische Nierenkrankheit	Untersuchung entsprechend der Praxisempfehlungen der DDG „Nephropathie bei Diabetes“	<ul style="list-style-type: none"> 1 x im Kalenderjahr nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3004N) 	15,00 EUR

	<p>Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen</p> <p>Wiederholung im 2-wöchigen Abstand</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Diagnose¹ N18,-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2</p>	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>3004N Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapie-treue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit (3004) ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>¹ 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.</p>			
<p>Einzelleistungen "Besondere Inanspruchnahmen"</p>			
<p>01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I</p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	<p>25,00 EUR</p>

<p>01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II</p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	<p>40,00 EUR</p>
<p>Einzelleistungen</p>			
<p>01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01611)</p>		<p>38,00 EUR</p>
<p>01624 Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01624)</p>		<p>23,36 EUR</p>
<p>01747 Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01747)</p>		<p>9,12 EUR</p>
<p>01748 Ultraschall-Screening Bauchortenaneurysmen</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01748)</p>		<p>13,79 EUR</p>
<p>02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02301 und 02302 abgerechnet werden** 	<p>08,00 EUR</p>
<p>02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300 und 02302 abgerechnet werden** 	<p>16,00 EUR</p>

<p>02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300 und 02301 abgerechnet werden** 	<p>30,00 EUR</p>
<p>03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment</p>	<p>Gemäß Leistungslegende des bis 30.09.2013 gültigen EBM (GOP 03240) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Versicherten- teilnahmejahr 	<p>17,00 EUR</p>
<p>33012 Schilddrüsen-Sonographie</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33012)</p>		<p>11,00 EUR</p>
<p>33042 Abdominelle Sonographie</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33042)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal 	<p>21,00 EUR</p>
<p>01410 Hausbesuch</p>	<p>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)</p>		<p>30,00 EUR</p>
<p>1413 Mitbesuch</p>	<p>Besuch eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal</p> <p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x pro Tag ▪ Nicht am selben Tag wie Hausbesuch, Besuch durch VERAH abrechenbar 	<p>13,00 EUR</p>
<p>Modul „Shared-Decision-Making“</p>			
<p>3101 Einsatz von arriba</p>	<p>Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 3 zur Anlage 3 aufgeführten arriba-Module</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 2x im Kalenderjahr ▪ 1x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p>	<p>15,00 EUR</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 3 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen arriba-Module per Selbstauskunft ▪ Absolvierung einer arriba-Schulung ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ nicht neben der 3101N abrechenbar 	
3101N Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter Einsatz des arriba-Moduls Depression, soweit die Depression bisher noch nicht bekannt war. Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Depression nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat. Dokumentiert durch eine gesicherte spezifische Depressionsdiagnose F32.0-F32.3, F33.0-F33.4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Quartal nach dem Einsatz von arriba ▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz von arriba abrechenbar (3101) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	30,00 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).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 ▪ Max. 1x pro Quartal ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	8,00 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Quartal 	
1417 Besuch durch VERAH	<p>Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichen Betreuungsaufwand gemäß P3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</p> <p>Die Gebührenordnungsposition kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Wird nur dem Betreuarzt vergütet Abrechenbar ab dem Quartal, das auf die Zertifizierung der VERAH gem. Anhang 2 dieser Anlage 3 folgt Die Positionen 1416 und 1417 können insgesamt max. 10x im Quartal abgerechnet werden. Nicht am selben Tag abrechenbar neben der 1416 <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	17,00 EUR
1416 Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung	<p>Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichen Betreuungsaufwand gemäß P3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</p> <p>Bei Nutzung telemedizinischer Ausstattung -entsprechend der im Anhang 6 der Anlage 3 definierten Voraussetzungen -zur Messung und Übermittlung der Vitaldaten, Erfassung der Arzneimitteldaten</p> <p>Digitale Übermittlung von Daten (u.a. Vitalparameter, Symptome, Patientendaten) oder Übertragung von Audio/Video-Daten bei der Delegation von ärztl. Leistungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	32,00 EUR
Modul „Palliativ“			
0001 Hausärztliche Be- treuung von Pallia- tivpatienten	<p>Behandlung eines Palliativpatienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1x pro Quartal, sofern es sich bei diesem um einen Palliativpatienten handelt. Nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen 	40,00 EUR

		<p>der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV Betreuung als SAPV-Arzt erhält</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 4x pro HZV-Patient <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5G ▪ Mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	
1490 Zuschlag auf den Hausbesuch für einen Besuch von Palliativpatienten	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar neben der Leistung 01410 <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5G 	20,00 EUR

** Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet: Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävuussyndrom (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.

Definition	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist jeder Arzt, der in der Praxis des Betreuers die Vertretung des Betreuers 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).
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Versichertenteilnahmejahr	Vier aufeinanderfolgende Quartale, beginnend mit dem ersten Tag der Versichertenteilnahme bei dem vom Versicherten gewählten Betreuarzt.
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder

	<ul style="list-style-type: none">• 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).
Versichertenteilnahmequartal	Ein Quartal innerhalb des Versichertenteilnahmejahres.
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

Laufzeit dieser Vergütungsanlage

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** treten mit Wirkung zum 01.01.2024 in Kraft. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 6 in Verbindung mit § 17 Abs. 2 und § 23 Abs. 4 des HZV-Vertrages.

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

- (1) Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1 zu dieser Anlage 3**. Sofern innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung Leistungsänderungen gemäß §§ 87 ff. SGB V erfolgen, verhandeln der Hausärzterverband und die Krankenkasse, ob und wie diese Leistungen im HZV-Ziffernkranz berücksichtigt werden. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Anpassungen des HZV-Ziffernkranzes aufgrund dieser Regelung stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, im Rahmen der Dokumentation seiner ärztlichen Leistungen sämtliche Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware nach der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden

- (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.
- (3) Der HAUSARZT rechnet im Rahmen der Versorgung der HZV-Versicherten Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Wird der HAUSARZT als Vertreterarzt tätig, beschränkt sich die Leistungspflicht auf die für den Vertreterarzt abrechenbaren Vergütungspositionen. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß dem HZV-Ziffernkranz in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt. Auf das Verbot der Doppelabrechnung von HZV-Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung nach § 12 Abs. 1 HZV-Vertrag wird Bezug genommen.
- (4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die HZV-Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des HZV-Ziffernkranzes (**Anhang 1 zu dieser Anlage 3**) im Rahmen dieses HZV-Vertrages zu erbringen. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag an einen anderen HAUSARZT bzw. bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
- (5) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1 zu dieser Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Das Abrechnungsverbot für die im HZV-Ziffernkranz enthaltenen EBM-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt hiervon unberührt. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden, anderenfalls ist dieses eine Doppelabrechnung (§ 12 Abs. 1 HZV Vertrag).
- (6) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
 3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.
- (7) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb einer Betriebsstätte ist nicht möglich.

§ 4

Verbot der Doppelabrechnung für Stellvertreterärzte

- (1) Werden HZV-Leistungen dieser **Anlage 3** nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb einer Betriebsstätte (Stellvertreterarzt) zusätzlich als EBM-Leistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, gilt dies als Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages.
- (2) Der HAUSARZT hat dafür Sorge zu tragen, dass diese Regel beachtet wird. Dabei ist unbeachtlich, ob der Stellvertreterarzt an der HZV teilnimmt.

§ 5

Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

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

§ 6

Impfleistungen

- (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) Alle Impfleistungen gemäß Absatz 1 sind Bestandteil des HZV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HZV-Vertrags abgerechnet.

- (3) Die Preise der einzelnen Imp fziffern werden in Anhang 1 zur Anlage 3 (HZV-Ziffernkranz) festgehalten.

§ 7

Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzterverband

- (1) Der Hausärzterverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von dem Hausärzterverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („Rechenzentrum“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum GmbH
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203/5756-1111
Fax: 02203/5756-1110

- (2) Das Rechenzentrum stellt dem HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal („Informationsbrief Patiententeilnahmestatus“) zu Verfügung. Diese Information erfolgt auf Basis des von der Krankenkasse übermittelten HZV-Versichertenverzeichnisses.
- (3) Für die im Informationsbrief Patiententeilnahmestatus als HZV-Versicherte ausgewiesenen Versicherten zahlt die Krankenkasse gemäß § 10 Abs. 4 des HZV-Vertrages eine Abschlagszahlung auf die HZV-Vergütung. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 10,50 EUR, für jeden, bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung der Krankenkasse erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat an den Hausärzterverband (z.B. für das 1. Quartal am: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal am: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.). Die Weiterleitung der Zahlung erfolgt unter Abzug der gemäß § 15 Abs. 2 des HZV-Vertrages fälligen Vorauszahlung auf die Verwaltungskostenpauschale durch den Hausärzterverband 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 Hausärzterverband seine Abrechnung der HZV-Vergütung („HZV-Abrechnung“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (05.01., 05.04., 05.07. und 05.10.) („HZV-

- Abrechnungsfrist“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse erst mit der nächstfolgenden Quartalsabrechnung vorzunehmen. Nachreichungen können vom Hausärzteverband für den HAUSARZT gegenüber der Krankenkasse innerhalb von fünf Quartalen nach Schluss des Leistungsquartals zur Abrechnung gebracht werden. Abrechnungsdaten aus Vorquartalen sind vom HAUSARZT spätestens vier Quartale nach Schluss des Leistungsquartals im Rechenzentrum nachzureichen; die Frist gemäß Satz 1 gilt entsprechend.
- (5) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 9 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.
- (6) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 9 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (7) Der Hausärzteverband stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („Abrechnungsnachweis“) online unter www.arztportal.net zum Download bereit. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal nach Maßgabe des § 1 dieser **Anlage 3** erbrachten Leistungen, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 9 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.
- (8) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den bereitgestellten Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich, spätestens vier Wochen nach Zugang mitzuteilen. Die Berücksichtigung später eingehender Beanstandungen ist grundsätzlich ausgeschlossen.

- (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzteverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern er dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 9 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 8

Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („Abrechnungsdatei“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Rechenzentrums (§ 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. 4 des HZV-Vertrages i. V. m. § 7 Abs. 3 dieser **Anlage** aus.
- (2) Die Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen nach Übermittlung der Abrechnungsdatei („Krankenkassen-Prüffrist“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 9 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Diese Prüffrist kann einvernehmlich verkürzt werden. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Hausärzteverband schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („Abrechnungsrüge“) und ebenfalls innerhalb dieser Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrügedatei zu übersenden. Die Abrechnungsrügedatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN für ihre erbrachten Leistungen abgerechneten Positionen und die durch die Krankenkasse abgelehnten Abrechnungspositionen mit Ablehnungsgrund. Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
- a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer weiteren Frist von fünf Arbeitstagen („Zahlungsfrist“)

nach Zugang des Rechnungsbrieves unter Angabe des dort aufgeführten Verwendungszweckes zur Zahlung verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), zur Zahlung binnen fünf Arbeitstagen nach Zugang des Rechnungsbrieves unter Angabe des dort aufgeführten Verwendungszweckes verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird.

- b) Unvollständige oder nicht unter Angabe des Verwendungszweckes geleistete Zahlungen stellen keine Erfüllung im Sinne des § 8 Abs. 2 a) dar und können durch den Hausärzterverband zurückgewiesen werden. Auf § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages wird verwiesen.
- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzterverband benannte Konto der HÄVG („Abrechnungskonto“) zu leisten.
 - (4) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 9 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzterverband und die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).

Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:

- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;
- b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
- c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;

- d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser **Anlage 3**.
- (2) Der Umfang der von dem Hausärzterverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten. Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (3) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§§ 11, 12 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (4) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 10

Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzterverband

- (1) Der Hausärzterverband 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 Hausärzterverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist.
- (2) Der Hausärzterverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessener kurzer Frist nach Erhalt und unter Berücksichtigung der Frist sowie der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten.

§ 11

Anhänge

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

Anhang 1	Leistungsbeschreibung gemäß HZV-Ziffernkranz
Anhang 2	VERAH-Leistungen
Anhang 3	Shared-Decision-Making
Anhang 4	Besondere Bestimmungen zum Innovationszuschlag
Anhang 5	Vergütungsobergrenze
Anhang 6	Telemedizinische Ausstattung