**Anlage 3**

## HZV-Vergütung und Abrechnung (gültig ab 01.01.2020)

### § 1
### HZV-Vergütungspositionen

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

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, folgendes:

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

| Leistung / Bezeichnung | Leistungsinhalt | Abrechnungsregeln | Betrag |
|---|---|---|---|
| **Behandlungspauschale (BP)**<br>Altersstufe A: 0-5,<br>Altersstufe B: 6-59,<br>Altersstufe C: ≥ 60 | • Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß **Anhang 1 („EBM-Ziffernkranz“)** zu dieser **Anlage 3** ohne Berücksichtigung der im Abschnitt Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung<br>• Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des HZV-Vertrages<br>• Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen | • max. 1mal pro Quartal<br><br>**Voraussetzung:**<br>• min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal<br>• wird nur dem Betreuarzt vergütet | BP A:<br>45,00 EUR<br>BP B:<br>40,00 EUR<br>BP C:<br>50,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Vertreterpauschale** | Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß **Anhang 1 („EBM Ziffernkranz“)** zu dieser **Anlage 3** ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung | • max. 1mal pro Quartal<br>• nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar<br>• bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar<br><br>**Voraussetzung**:<br>• min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal<br>• wird nur dem Vertreterarzt („**Vertreterarzt**“) vergütet | 20,00 EUR |
| **Zielauftragspauschale** | Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung | • nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar<br>• zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar<br>• Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar<br><br>**Voraussetzung**:<br>• min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal | 20,00 EUR |
| **Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten** | Betreuung von Patienten mit einer Palliativerkrankung gem. Definition der WHO:<br><br>Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patient mit einer (progredienten) Voranschreitenden weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium. | • max. 1mal pro Quartal<br>• nicht abrechenbar neben Behandlungspauschalen<br>• nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält (bitte beachten Sie weitere mögliche Abrechnungsausschlüsse im SAPV-Vertrag)<br><br>**Voraussetzung**:<br>• min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal<br>• wird nur dem Betreuarzt vergütet | 100,00 EUR |
| **P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit** | • Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung<br>• Grundlegende Betreuungs- und | P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten handelt und im | 32,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand** | Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP<br>• Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln sowie Aushändigung des Medikationsplans in einer zum Zeitpunkt gültigen Form an den Patienten oder dessen Bezugsperson sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlucken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.)<br>• Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt.<br>• Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention | entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.<br>• max. 1mal pro Quartal<br>• Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr<br><br>**Voraussetzung**:<br>• Wird nur dem Betreuarzt vergütet<br>• Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal | |
| **Zuschläge** | | | |
| **Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten** | • liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten | • max. 10mal pro Quartal abrechenbar neben den Leistungen Besuch, Ungeplanter eiliger Besuch, Mitbesuch | 20,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • wird nur dem Betreuarzt vergütet | |
| **Psychosomatik-Zuschlag** | Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) | • 1mal pro Versichertenteilnahmejahr<br>• Der Zuschlag wird automatisch anteilig je Quartal in Höhe von 2,00 EUR pro eingeschriebenen Versicherten ausgezahlt.<br><br>**Voraussetzung:**<br>• Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal<br>• wird nur dem Betreuarzt vergütet | 8,00 EUR |
| **VERAH-Zuschlag auf P3** | Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) | • Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4mal pro Versichertenteilnahmejahr)<br>• Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in **Anhang 3** zu dieser **Anlage 3** geregelt<br><br>**Voraussetzung:**<br>• Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH<br>• Wird nur dem Betreuarzt vergütet | 9,00 EUR |
| **Einzelleistungen** | | | |
| **Unvorhergesehene Inanspruchnahme I** | Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**):<br>zwischen 19:00 und 22:00 Uhr (sofern die Inan-spruchnahme nicht in der Terminabendsprechstunde liegt) oder<br>• 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 | • grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar<br>• kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden | 25,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Unvorhergesehene Inanspruchnahme II** | Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**):<br>• zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder<br>• an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr | • grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar<br>• kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden | 40,00 EUR |
| **Präventions-Einzelleistung** | Gesundheitsuntersuchung: Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GOP 01732 gem. EBM Q1/2019, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) | • max. 1mal innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr<br>• eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich (Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht)<br>• wird dem Vertreterarzt nur in zu begründendem Ausnahmefall vergütet | 35,00 EUR |
| **Krebsfrüherkennungs-untersuchung Frauen** | Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B II §§ 6 und 8 der Krebsfrüher-kennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01730 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) | • die Leistung wird 1mal im Kalenderjahr je weiblicher HZV-Versicherten ab dem Alter von 20 Jahren vergütet<br>• Vertreterpauschale und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar | 20,00 EUR |
| **Krebsfrüherkennungs-untersuchung Männer** | Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C §25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) | • die Leistung wird 1mal im Kalenderjahr je männlichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet<br>• Vertreterpauschale und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar | 16,00 EUR |
| **Krebsfrüherkennung Haut** | Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3). | • ab dem 36. Lebensjahr<br>• einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren abrechenbar<br>• Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich | 25,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Vergütung erfolgt gemäß § 8 Abs. 4 Satz 3 der Anlage 3 des HZV-Vertrages | | |
| **Einzelleistung „Verlängerte Sprechzeit“** | Beratungs- und Unterweisungsgespräch, das nach Art, Dauer und Intensität über das übliche Maß eines Beratungs- und Anamnesegesprächs hinausgeht (min. 15 Minuten). Dabei muss<br>• mindestens die doppelte Dauer eines durchschnittlichen Beratungsgespräches erreicht werden. | • max. 1mal pro Quartal<br>• nicht im selben Quartal mit P3 abrechenbar<br>**Voraussetzung**:<br>• wird nur dem Betreuarzt vergütet | 22,00 EUR |
| **Überleitungsmanagement (telefonisch)** | Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des HZV-Vertrages (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen)<br><br>• telefonischer Kontakt mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1mal unmittelbar vor (max. 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung<br>• Überprüfung der Entlassungsmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung<br>• Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z.B. Sicherstellung der Einleitung von Reha- Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt)<br>• Zusendung des vollständig ausgefüllten Überleitungsbogens gemäß **Anhang 4** | • max. 1mal pro Krankenhausaufenthalt<br><br>**Voraussetzung:**<br>wird nur dem Betreuarzt vergütet | 30,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | zu dieser **Anlage 3** unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von einer Woche nach Erbringung der Leistung | | |
| **Überleitungsmanagement (persönlich)** | Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des HZV-Vertrages (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen)<br>• persönlicher Kontakt mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1mal unmittelbar vor (max. 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung<br>• Überprüfung der Entlassungsmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittel-versorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung<br>• Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z.B. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt)<br>• Zusendung des vollständig ausgefüllten Überleitungsbogens gemäß **Anhang 4** zu dieser **Anlage 3** unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von einer Woche nach Erbringung der Leistung | max. 1mal pro Krankenhausaufenthalt<br><br>**Voraussetzung:**<br>• wird nur dem Betreuarzt vergütet | 80,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Postoperative hausärztliche Betreuung** | Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation<br>• Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapie-empfehlung in die regionalen Therapie-möglichkeiten<br>• Überprüfung der empfohlenen Arzneimittel-verordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamt-situation und der Not-wendigkeit und Kompa-tibilität mit der vorbe-stehenden Medikation<br>• Umsetzung der Pharma-kotherapie auf der Grund-lage der Vereinbarung zur Steuerung der Arznei-mittelverordnungen<br>• Erläuterung des Arzt-briefes einschließlich der erhobenen Befunde<br>• Erläuterung der Therapie-optionen mit dem Patienten einschl. Ab-sprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen<br>• Erörterung der Auswir-kungen von Diagnose und Therapie auf die Lebens-gewohnheiten<br>• ggf. Koordination der Nachuntersuchungen<br>• Beurteilung und Erst-einleitung von Maß-nahmen der Rehabilitation entsprechend der Heil-mittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Renten-versicherung, BG)<br>• Durchführung der post-operativen Behandlungs-maßnahmen | • die Leistung ist abrechenbar nach jedem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde oder nach jeder ambulant durchgeführten Operation sowie nach einer stationären Anschlussheilbehandlung nach einer vorherigen Operation ggf. auch mehrfach im Quartal abrechenbar, sofern der Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach dem stationären Aufent-halt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde, der am-bulant durchgeführten Ope-ration bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung erfolgt ist<br>• die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten/stationären Reha-bilitationsmaßnahme abrechen-bar<br>• die postoperative hausärztliche Betreuung ist pro durchge-führter Operation nur 1mal abrechenbar | 30,00 EUR |
| **Versorgung chronischer Wunden** | Versorgung chronischer Wunden, bei Bedarf:<br>• Abtragung von Nekrosen<br>• Wunddebridement<br>• Lokaltherapie<br>• Fotodokumentation<br>• (Kompressions)verband | • Max. 5mal pro Quartal | 22,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment** | • Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung der kardiopulmonalen und/ oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren<br>• Beurteilung der Sturzgefahr und Hirnleistungsstörungen mittels standardisierten Testverfahren<br><br>Bei Bedarf Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes sowie des Wohnraumes und ggf. Arbeitsplatzes | • max. 1mal pro Quartal<br>• abrechenbar für Versicherte vom 61. Lebensjahr an<br><br>**Voraussetzung:**<br>• wird nur dem Betreuarzt vergütet | 17,00 EUR |
| **Ungeplanter eiliger Besuch** | • ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines Kranken zu begeben<br>• angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, auch aus der Sprechstunde heraus<br>• Begleitung Krankentransport<br>• Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01411, 01412, 01415 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)<br>• liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist | • grundsätzlich nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar<br>• max. 3mal pro Quartal<br>• diese Begrenzung gilt **nicht** für Palliativpatienten<br>• nicht abrechenbar in Zeiten zu denen der HAUSARZT an dem durch die KV organisierten Notfalldienst teilnimmt; maßgeblich sind die Zeiten nach Notfalldienstordnung in der jeweils gültigen Fassung | 60,00 EUR |
| **Besuch** | • geplante 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 | | 30,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01410gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)<br>• liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch) | | |
| **Mitbesuch** | • Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder Pflegeheim<br>• Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413, 01414 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) | • max. 1mal pro Tag<br>• die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar<br>• nicht am selben Tag wie Besuch oder Besuch durch VERAH abrechenbar | 12,00 EUR |
| **Besuch durch VERAH bei Palliativpatienten** | Besuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten | • Wird nur dem Betreuarzt vergütet | 18,00 EUR |
| **Schilddrüsen-Sonografie** | Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33012 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) | | 11,00 EUR |
| **Abdominelle Sonografie** | Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33042 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) | • max. 2mal pro Quartal abrechenbar | 21,00 EUR |
| **Impfungen** | Siehe Regelungen des § 3 Abs. 8 dieser Anlage 3 | | |
| **Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen U1-U11, J1** | Früherkennungs- und Jugendgesundheitsuntersuchung gemäß Richtlinie sowie Präventionsangebot gemäß der Vereinbarungen in der KV-Region Hamburg | | 40,00 EUR |
| **Wegepauschalen** | | | |
| **Wegepauschale (Zone A)** | Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz | • die Wegepauschale A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch, Ungeplanter eiliger Besuch oder Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten abgerechnet werden<br>• die Wegepauschale A ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Besuch durch VERAH und Wegepauschale B und Wegepauschale C abrechenbar | 5,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Wegepauschale (Zone B)** | Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz | • die Wegepauschale B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch, Ungeplanter eiliger Besuch oder Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten abgerechnet werden<br>• die Wegepauschale B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Besuch durch VERAH und Wegepauschale A und Wegepauschale C abrechenbar | 10,00 EUR |
| **Wegepauschale (Zone C)** | Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz | • die Wegepauschale C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch Besuch, Ungeplanter eiliger Besuch oder Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten abgerechnet werden.<br>• die Wegepauschale C ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Besuch durch VERAH und Wegepauschale A und Wegepauschale B abrechenbar | 15,00 EUR |

| **Begrifflichkeit** | **Beschreibung** |
|---|---|
| Betreuarzt | Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter Hausarzt. |
| Vertreterarzt | Ein Vertreterarzt ist ein Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist. |
| Stellvertreterarzt | Ein Stellvertreterarzt ist jeder Arzt in der Praxis des Betreuarztes (Einzelpraxis/BAG/eines MVZ), der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HZV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HZV teilnimmt (siehe § 3 Abs. 6). |
| Versichertenteilnahmejahr | Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem Tag, an dem der Versicherte als HZV-Versicherter im Sinne des HZV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HZV-Versicherten-verzeichnis und Übermittlung an die HÄVG). Bei einem durch die Krankenkasse stattgegebenen Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. |
| Vertragsteilnahmejahr | Ein Vertragsteilnahmejahr des HAUSARTZES umfasst vier aufeinander folgende Quartale und beginnt erstmalig ab dem auf die schriftliche Bestätigung der Teilnahme am Vertrag (Teilnahmebestätigung) folgenden Quartal. |
| Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) | Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von<br>a) Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder |

| Begrifflichkeit | Beschreibung |
|---|---|
| | b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder<br>c) MVZ untereinander<br>zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR). |

## § 2
## Inkrafttreten, Laufzeit

Diese Anlage 3 tritt zum 01.01.2020 in Kraft; die Vergütungsvereinbarung nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2021. Einigen sich die AOK Rheinland/Hamburg und der Hausärzteverband bis zum 30. September 2021 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelungen, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen bis zur Vereinbarung einer neuen Vergütungsanlage fort.

## § 3
## Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

(2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, im Rahmen der Dokumentation seiner ärztlichen Leistungen Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware nach der Klassifikation der Krankheiten durch das DIMDI in der Fassung der aktuellen ICD-10-GM zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (§ 3 Abs. 5 lit b) des HZV-Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

(3) Der HAUSARZT rechnet im Rahmen der Versorgung der HZV-Versicherten Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Wird der HAUSARZT als Vertreterarzt tätig, beschränkt sich die Leistungspflicht auf die für den Vertreterarzt abrechenbaren Vergütungspositionen. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß dem EBM-Ziffernkranz in **Anhang 1** zu **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind,

abgedeckt. Auf das Verbot der Doppelabrechnung von HZV-Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung nach § 12 Abs. 1 HZV-Vertrag wird Bezug genommen.

(4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für HZV-Versicherte, 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. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation beziehungsweise Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT beziehungsweise bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß dieser **Anlage 3** abgegolten.

(5) Sofern Leistungen erbracht werden, die im EBM-Ziffernkranz (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Das Abrechnungsverbot für die im HZV-Ziffernkranz enthaltenen EBM-Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt hiervon unberührt.

(6) Werden HZV-Leistungen dieser Anlage 3 nicht von dem Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der Einzelpraxis/BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an diesem HZV-Vertrag teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine unzulässige Doppelabrechnung im Sinne von § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages. Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

(7) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsaufwand voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

(8) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“. Alle Impfleistungen analog den Ziffern der „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“ sind Bestandteil des HZV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HZV-Vertrags abgerechnet. Die Vergütung zur Durchführung der Impfung richtet

sich nach der jeweils aktuellen Fassung des Rahmenvertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der AOK Rheinland/Hamburg über Schutzimpfungen und Prophylaxe. Die Regelungen dieses Rahmenvertrages gelten auch nach Auslaufen oder Kündigung so lange fort, bis ein Folgevertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung für die AOK Rheinland/Hamburg vereinbart ist oder eine eigenständige Vereinbarung für den HZV-Vertrag geschlossen ist.

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

## § 4
## Praxisgebühr

- entfällt -

## § 5
## Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

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

HÄVG Rechenzentrum GmbH
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 57561110

(2) Der Hausärzteverband stellt dem HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HZV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HZV-Vertrages) zur Verfügung. Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.

(3) Für die im Informationsbrief Patiententeilnahmestatus auf Basis des von der AOK an das Rechenzentrum übermittelten Teilnehmerverzeichnisses als HZV-Versicherte ausgewiesenen Versicherten zahlt die AOK Rheinland/Hamburg gemäß § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages eine Abschlagszahlung auf die HZV-Vergütung. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 12,00 EUR, für jeden, bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung der AOK Rheinland/Hamburg erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat an den Hausärzteverband (z.B. für das 1. Quartal am: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal am: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.). Die Weiterleitung der Zahlung unter Abzug der gemäß § 14 Abs. 2 des HZV-

Vertrages fälligen Vorauszahlung auf die Verwaltungskostenpauschale durch den Hausärzteverband an den HAUSARZT spätestens monatlich jeweils zum 15. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal am: 15. Februar, 15. März, 15. April; z. B. für das 2. Quartal am: 15. Mai, 15. Juni, 15. Juli, usw.).

(4) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband seine Abrechnung der HZV-Vergütung (**„HZV-Abrechnung“**) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (05. Januar, 05. April, 05. Juli und 05. Oktober) (**„HZV-Abrechnungsfrist“**). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg (§ 6 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

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

(6) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 5 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der AOK Rheinland/Hamburg innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der AOK Rheinland/Hamburg überprüft der Hausärzteverband die Testabrechnung beziehungsweise die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den Teil der Testabrechnung beziehungsweise den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

(7) Der Hausärzteverband stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der AOK Rheinland/Hamburg einen Abrechnungsnachweis (**„Abrechnungsnachweis“**) zur Verfügung. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HZV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechtigte Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der AOK Rheinland/Hamburg.

(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 mitzuteilen.

(9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis beziehungsweise die Zahlung der AOK Rheinland/Hamburg 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 AOK Rheinland/Hamburg bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern die AOK Rheinland/Hamburg dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger

Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

## § 6
## Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK Rheinland/Hamburg

(1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband zeitnah nach Ablauf eines Abrechnungsquartals der AOK Rheinland/Hamburg eine Abrechnungsdatei (**„Abrechnungsdatei“**) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 dieser Anlage 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. 3 des HZV-Vertrages aus.

(2) Die AOK Rheinland/Hamburg hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen (**„Krankenkassen-Prüffrist“**), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 dieser Anlage aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK Rheinland/Hamburg 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 AOK Rheinland/Hamburg abgelehnten Abrechnungspositionen mit Ablehnungsgrund. Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
   a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen (**„Zahlungsfrist“**) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
   b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die AOK Rheinland/Hamburg nur hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Krankenkassen-Prüffrist zu laufen. § 12 des HZV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
   c) Unvollständige geleistete Zahlungen stellen keine Erfüllung im Sinne des § 8 Abs. 3 dar und können durch den Hausärzteverband zurückgewiesen werden. Auf § 10 Abs. 4 des HZV-Vertrages wird verwiesen.

(3) Die AOK Rheinland/Hamburg hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto (**„Abrechnungskonto“**) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens 20 Kalendertage vor ihrer Wirksamkeit der AOK Rheinland/Hamburg schriftlich mitteilen.

(4) Die AOK Rheinland/Hamburg kann durch Erklärung gegenüber dem HAUSARZT vertreten durch den Hausärzteverband, dieser gegebenenfalls vertreten durch seinen

Erfüllungsgehilfen, binnen drei Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Ist die AOK Rheinland/Hamburg der Auffassung, dass die ihr übermittelte Abrechnungsdatei oder die weiteren Abrechnungsunterlagen ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HZV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HZV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzteverband innerhalb der drei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages findet insoweit Anwendung.

## § 7
## Abrechnungsprüfkriterien

(1) Der Hausärzteverband und die AOK Rheinland/Hamburg prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 12 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).

(2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
   a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;
   b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistungen/der Zuschläge;
   c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
   d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser **Anlage 3**. Prüfung auf Plausibilität der Leistungsabrechnung anhand der Diagnosedokumentation gemäß § 3 Abs. 2.

(3) Der Umfang der vom Hausärzteverband an die AOK Rheinland/Hamburg zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten hat dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1 b SGB V übermittelten Daten zu entsprechen.

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

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

(6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 10 Abs. 6 des HZV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

**Anlage 3**

## § 8
## Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

(1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HZV-Vergütung von der AOK Rheinland/Hamburg entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er kann sich insoweit eines Erfüllungsgehilfen als Zahlstelle bedienen (derzeit HÄVG). Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der AOK Rheinland/Hamburg erhaltenen Zahlungen (§ 6 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**.

(2) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die von der AOK Rheinland/Hamburg erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 13 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 14 Abs. 1 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der AOK Rheinland/Hamburg in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten.

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

(4) Die Zahlplicht der AOK Rheinland/Hamburg ist quartalsweise auf das „HZV-Vergütungsvolumen“ beschränkt. Das HZV-Vergütungsvolumen wird ab dem ersten Quartal 2020 aus dem Produkt der teilnehmenden Versicherten mit einem Betrag in Höhe von 68 EUR je Quartal errechnet. Die AOK Rheinland/Hamburg zahlt sämtliche erbrachte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Haut quartalsweise zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen

(5) Das HZV-Vergütungsvolumen kann die Summe der in einer Quartalsabrechnung ausgewiesenen HZV-Vergütungsansprüche aller HAUSÄRZTE übersteigen; der übersteigende Betrag wird saldiert fortgeschrieben und steht in den Folgequartalen für HZV-Vergütungsansprüche der HAUSÄRZTE zur Verfügung. Übersteigen die HZV-Vergütungsansprüche in Summe in einem Quartal das HZV-Vergütungsvolumen werden die HZV-Vergütungsansprüche der HAUSÄRZTE entsprechend quotiert ausgezahlt. Der Hausärzteverband ist berechtigt aufgrund von Quotierungen nicht vollständig ausgezahlte HZV-Vergütungsansprüche eines Quartals in den Folgequartalen aus den übersteigenden Beträgen nach Abs. 5 Satz 1 nachzuzahlen. Das Nähere zum Verfahren legt der Hausärzteverband Hamburg fest. Sollte am Ende der Laufzeit dieser Anlage (31.12.2021) das HZV Vergütungsvolumen nicht vollständig ausgeschöpft worden sein, verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung dieses Vergütungsvolumens.

(6) Einigen sich die Vertragspartner vor Ablauf der Laufzeit gemäß § 2 dieser Anlage 3 über die Aufnahme neuer Leistungen, werden diese von der AOK Rheinland/Hamburg zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen vergütet.

**Anlage 3**

## § 9

## Anhänge

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

(1) **Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM

(2) **Anhang 2 zu Anlage 3:** Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware

(3) **Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH

(4) **Anhang 4 zu Anlage 3:** Überleitungsbogen