Anlage 3

HZV-Vergütung und Abrechnung

§ 1
HZV-Vergütungspositionen

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

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

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

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
0000 Behandlungs-pauschale (BP) Altersstufe A: 0-5, Altersstufe B: 6-59, Altersstufe C: ≥ 60	• Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß **Anhang 1 („EBM-Ziffernkranz“)** zu dieser **Anlage 3** ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Zuschläge“ und „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung • Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des HZV-Vertrages • Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von	• max. 1mal pro Quartal **Voraussetzung:** • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet	BP A: 45,00 EUR BP B: 40,00 EUR BP C: 50,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	ergänzenden Versorgungs-programmen		
0004 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 • nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar • bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Vertreterarzt („**Vertreterarzt**“) vergütet	30,00 EUR
0005 Zielauftragspauschale	Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	• nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar • zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar • Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	20,00 EUR
0001 Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	Betreuung von Patienten mit einer Palliativerkrankung gem. Definition der WHO: Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativ-medizin ein Patient mit einer (progredienten) voranschreitenden weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung	• max. 1mal pro Quartal • nicht abrechenbar neben Behandlungspauschalen • nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält (bitte beachten Sie weitere mögliche Abrechnungsausschlüsse im SAPV-Vertrag) **Voraussetzung**: • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet	100,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Ziel-setzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. –steigerung im finalen Krankheitsstadium.		
0003 **Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand (P3)**	• Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung • Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP • Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/ Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungs-gerechten Umgangs mit	• P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat. • max. 1mal pro Quartal • Max. 4mal pro Versichertenteilnahmejahr **Voraussetzung**: • Wird nur dem Betreuarzt vergütet • Mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	40,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	Arzneimitteln sowie Aushändigung des Medikationsplans in einer zum Zeitpunkt gültigen Form an den Patienten oder dessen Bezugs-person sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlucken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.) • Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. • Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention		
Zuschläge			
1490 **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 • wird nur dem Betreuarzt vergütet	20,00 EUR
Psychosomatik-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• 1mal pro Versichertenteilnahmejahr • Der Zuschlag wird automatisch anteilig je Quartal in Höhe von 2,00 EUR pro eingeschriebenen Versicherten ausgezahlt. **Voraussetzung:**	8,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
		• Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet	
VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungs-assistentin in der hausärztlichen Praxis)	• Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4mal pro Versichertenteilnahmejahr) • Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in **Anhang 3** zu dieser **Anlage 3** geregelt **Voraussetzung:** • Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH • Wird nur dem Betreuarzt vergütet	9,00 EUR
Einzelleistungen			
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): • zwischen 19:00 und 22:00 Uhr (sofern die Inanspruchnahme nicht in der Terminabend-sprechstunde liegt) 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	• kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	25,00 EUR
01101 Unvorhergesehene	Unvorhergesehene	• kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	40,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Inanspruchnahme II	Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): • zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder • an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr		
01732/01732B **Gesundheitsuntersuchung**	Gesundheitsuntersuchung: Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GOP 01732 gem. EBM Q1/2019, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• max. 1mal innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr • eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich (Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht) • wird dem Vertreterarzt nur in zu begründendem Ausnahmefall vergütet • bei Erbringung der einmaligen GU bei Patienten im Alter zwischen 18 und 34 Jahren ist die 01732B abrechenbar	36,00 EUR
01731 **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 HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet • Vertreterpauschale ist daneben nicht abrechenbar	16,50 EUR
01745	Untersuchung zur Früherkennung von	• ab dem 36. Lebensjahr	28,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Krebsfrüherkennung Haut	Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3). Vergütung erfolgt zusätzlich zum HZV-Vergütungsvolumen gemäß § 8 Abs. 4 der Anlage 3 des HZV-Vertrages.	• einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren abrechenbar • Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich	
0010 **Einzelleistung „Verlängerte Sprechzeit“**	Beratungs- und Unterweisungsgespräch, das nach Art, Dauer und Intensität über das übliche Maß eines Beratungs- und Anamnese-gesprächs hinausgeht (min. 15 Minuten). Dabei muss • mindestens die doppelte Dauer eines durchschnittlichen Beratungsgespräches erreicht werden.	• max. 1mal pro Quartal • nicht im selben Quartal mit P3 abrechenbar **Voraussetzung**: • wird nur dem Betreuarzt vergütet	22,00 EUR
2305 **Überleitungsmanage-ment (telefonisch)**	Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des HZV-Vertrages (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen) • 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 Krankenhausaufenthalte s bzw. Beendigung der stationären Anschluss-heilbehandlung) Ent-	• max. 1mal pro Krankenhausaufenthalt **Voraussetzung:** wird nur dem Betreuarzt vergütet	30,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	lassung aus der stationären Behandlung • Überprüfung der Entlassungsmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittel-versorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittel-versorgung • Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z.B. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt) • Zusendung des vollständig ausgefüllten Überleitungs-bogens gemäß **Anhang 4** zu dieser **Anlage 3** unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von einer Woche nach Erbringung der Leistung		
2304 **Überleitungsmanage-ment (persönlich)**	Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des HZV-Vertrages (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen) • persönlicher Kontakt mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1mal unmittelbar vor (max. 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungs-erbringung spätestens 7 Kalendertage nach	• max. 1mal pro Krankenhausaufenthalt **Voraussetzung:** • wird nur dem Betreuarzt vergütet	80,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	Beendigung des Krankenhausaufenthalte s bzw. Beendigung der stationären Anschluss-heilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung • Überprüfung der Entlassungs-medikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittel-versorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arznei-mittelversorgung • Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z.B. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt) • 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		
2005 **Postoperative hausärztliche Betreuung**	Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation • Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapie-empfehlung in die regionalen Therapie-möglichkeiten • Überprüfung der empfohlenen	• 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	30,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	Arzneimittel-verordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamt-situation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vor-bestehenden Medikation • Umsetzung der Pharma-kotherapie auf der Grund-lage der Vereinbarung zur Steuerung der Arznei-mittelverordnungen • Erläuterung des Arztbriefes einschließlich der erhobenen Befunde • Erläuterung der Therapie-optionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen • Erörterung der Auswir-kungen von Diagnose und Therapie auf die Lebens-gewohnheiten • ggf. Koordination der Nachuntersuchungen • Beurteilung und Erst-einleitung von Maß-nahmen der Rehabilitation entsprechend der Heil-mittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Renten-versicherung, BG) • Durchführung der postoperativen Behand-lungsmaßnahmen	der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach dem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde, der ambulant durchgeführten Operation bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung erfolgt ist • die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten/stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar • die postoperative hausärztliche Betreuung ist pro durchgeführter Operation nur 1mal abrechenbar	
02310 **Versorgung chronischer Wunden**	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)“ analog EBM (GOP 02310 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• max. 1mal pro Quartal	22,00 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
02311_L / _R **Versorgung chronischer Wunden**	Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog EBM (GOP 02311 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• abrechenbar je Bein und je Sitzung • nur bei Vorliegen der Genehmigung der zuständigen KV	15,00 EUR
02312_L / _R **Versorgung chronischer Wunden**	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris“ analog EBM (GOP 02312 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• abrechenbar je Bein und je Sitzung • inkl. Kompressionsverband	11,00 EUR
03240 **Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment**	• Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung der kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren • Beurteilung der Sturzgefahr und Hirnleistungsstörungen mittels standardisierten Testverfahren Bei Bedarf Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes sowie des Wohnraumes und ggf. Arbeitsplatzes	• max. 1mal pro Quartal • abrechenbar für Versicherte vom 61. Lebensjahr an **Voraussetzung:** • wird nur dem Betreuarzt vergütet	17,00 EUR
1411 / 1411P **Ungeplanter eiliger Besuch**	• ärztliche Inanspruch-nahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines Kranken zu begeben • angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, auch aus	• grundsätzlich nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar • max. 3mal pro Quartal • diese Begrenzung gilt **nicht** für Palliativpatienten • nicht abrechenbar in Zeiten zu denen der HAUSARZT an dem durch die KV organisierten Notfalldienst teilnimmt; maßgeblich sind die Zeiten nach	60,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	der Sprechstunde heraus • Begleitung Krankentransport • Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01411, 01412, 01415 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) • 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	Notfalldienstordnung in der jeweils gültigen Fassung	
1410 **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 • Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01410 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) • 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)		30,00 EUR
1413 **Mitbesuch**	• Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder Pflegeheim • Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413,	• max. 1mal pro Tag • die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar	12,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	01414 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• nicht am selben Tag wie Besuch oder Besuch durch VERAH abrechenbar	
1417 **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
33012 **Schilddrüsen-Sonografie**	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33012 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)		11,00 EUR
33042 **Abdominelle Sonografie**	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33042 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• max. 2mal pro Quartal abrechenbar	21,00 EUR
Impfungen	Siehe Regelungen des § 3 Abs. 8 dieser Anlage 3		
Kinder- und Jugendvorsorge-untersuchungen U1-U11, J1	Früherkennungs- und Jugendgesundheitsuntersuchung gemäß Richtlinie sowie Präventionsangebot gemäß der Vereinbarungen in der KV-Region Westfalen-Lippe		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 • 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	10,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
		• die Wegepauschale B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Besuch durch VERAH und Wegepauschale A und Wegepauschale C abrechenbar	
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. • 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-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an die HÄVG). Bei einem durch die Krankenkasse stattgegebenen Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Vertragsteilnahmejahr	Ein Vertragsteilnahmejahr des HAUSARTZES umfasst vier aufeinander folgende Quartale und beginnt erstmalig ab dem auf die schriftliche Bestätigung der Teilnahme am Vertrag (Teilnahmebestätigung) folgenden Quartal.

Anlage 3

Begrifflichkeit	**Beschreibung**
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von a) Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder c) MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).

§ 2
Inkrafttreten, Laufzeit

Diese Anlage 3 tritt zum 01.Oktober 2020 in Kraft; die Vergütungsvereinbarung nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2022. Einigen sich die KNAPPSCHAFT und der Hausärzteverband bis zum 30. September 2022 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelungen, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen bis zur Vereinbarung einer neuen Vergütungsanlage fort.

§ 3
Allgemeine Vergütungsbestimmungen

(1) Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Sollte innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 dieser Anlage Leistungsvereinbarungen beziehungsweise Kürzungen gemäß § 135 SGB V erfolgen, verhandeln der Hausärzteverband und die KNAPPSCHAFT, ob und wie diese Leistungen im 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 HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** bereits mit der Teilnahmeerklärung zu.

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

(3) Der HAUSARZT rechnet im Rahmen der Versorgung der HZV-Versicherten Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Wird der HAUSARZT als Vertreterarzt tätig, beschränkt sich die Leistungspflicht auf die für den Vertreterarzt abrechenbaren Vergütungspositionen. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß dem HZV-Ziffernkranz in **Anhang 1** zu **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt. Auf das Verbot der Doppelabrechnung von HZV-Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung nach § 12 Abs. 2 HZV-Vertrag wird Bezug genommen.

(4) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für HZV-Versicherte, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des 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. 2 des HZV-Vertrages. Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

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

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

(8) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“. Alle Impfleistungen analog den Ziffern der „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“ sind Bestandteil des HZV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HZV-Vertrags abgerechnet. Die Vergütung zur Durchführung der Impfung richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung des Rahmenvertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der KNAPPSCHAFT über Schutzimpfungen und Prophylaxe. Die Regelungen dieses Rahmenvertrages gelten auch nach Auslaufen oder Kündigung so lange fort, bis ein Folgevertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung für die KNAPPSCHAFT vereinbart ist oder eine eigenständige Vereinbarung für den HZV-Vertrag geschlossen ist.

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

§ 4
Praxisgebühr

- entfällt -

§ 5
Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

(1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser Anlage 3 und den Regelungen des HZV-Vertrages verpflichtet. 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 KNAPPSCHAFT an das Rechenzentrum übermittelten Teilnehmerverzeichnisses als HZV-Versicherte ausgewiesenen Versicherten zahlt die KNAPPSCHAFT gemäß § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages eine Abschlagszahlung auf die HZV-Vergütung. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 12,00 EUR, für jeden, bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten. Die Zahlung der KNAPPSCHAFT erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat an den Hausärzteverband (z.B. für das 1. Quartal am: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal am: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.). Die Weiterleitung der Zahlung unter Abzug der gemäß § 14 Abs. 2 des HZV-Vertrages fälligen Vorauszahlung auf die Verwaltungskostenpauschale durch den Hausärzteverband an den HAUSARZT spätestens monatlich jeweils zum 15. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal am: 15. Februar, 15. März, 15. April; z. B. für das 2. Quartal am: 15. Mai, 15. Juni, 15. Juli, usw.).

(4) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband seine Abrechnung der HZV-Vergütung (**„HZV-Abrechnung“**) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 10. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. Oktober) (**„HZV-Abrechnungsfrist“**). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der KNAPPSCHAFT (§ 6 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

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

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

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

(8) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den bereitgestellten Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge binnen zwei Monate mitzuteilen.

(9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis beziehungsweise die Zahlung der KNAPPSCHAFT hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzteverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der KNAPPSCHAFT bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern die KNAPPSCHAFT dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 6
Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der KNAPPSCHAFT

(1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband zeitnah nach Ablauf eines Abrechnungsquartals der KNAPPSCHAFT eine Abrechnungsdatei (**„Abrechnungsdatei“**) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 dieser Anlage genannten 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 KNAPPSCHAFT hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen (**„Krankenkassen-Prüffrist“**), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 dieser Anlage aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die KNAPPSCHAFT der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Hausärzteverband schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (**„Abrechnungsrüge“**) und ebenfalls innerhalb dieser Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrügedatei zu übersenden. Die Abrechnungsrügedatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN für ihre erbrachten Leistungen abgerechneten Positionen und die durch die KNAPPSCHAFT abgelehnten Abrechnungspositionen mit Ablehnungsgrund. Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.

a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen (**„Zahlungsfrist“**) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.

b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die KNAPPSCHAFT nur hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Krankenkassen-Prüffrist zu laufen. § 12 des HZV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

c) Unvollständige geleistete Zahlungen stellen keine Erfüllung im Sinne des § 8 Abs. 3 dar und können durch den Hausärzteverband zurückgewiesen werden. Auf § 10 Abs. 4 des HZV-Vertrages wird verwiesen.

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

(4) Die KNAPPSCHAFT kann durch Erklärung gegenüber dem HAUSARZT vertreten durch den Hausärzteverband, dieser gegebenenfalls vertreten durch seinen Erfüllungsgehilfen, binnen zweiJahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend

machen. Ist die KNAPPSCHAFT der Auffassung, dass die ihr übermittelte Abrechnungsdatei oder die weiteren Abrechnungsunterlagen ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HZV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HZV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzteverband innerhalb der zwei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages findet insoweit Anwendung.

§ 7
Abrechnungsprüfkriterien

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

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

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

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

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

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

§ 8
Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

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

(2) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die von der KNAPPSCHAFT erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 13 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 4 Abs. 6 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der KNAPPSCHAFT in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten.

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

(4) Die Zahlplicht der KNAPPSCHAFT ist quartalsweise auf das „HZV-Vergütungsvolumen“ beschränkt. Das HZV-Vergütungsvolumen wird ab dem dritten Quartal 2020 aus dem Produkt der teilnehmenden Versicherten mit einem Betrag in Höhe von 68 EUR je Quartal errechnet. Die KNAPPSCHAFT zahlt Leistungen gemäß § 1 der Anlage 3, die entsprechend gekennzeichnet sind, 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 Westfalen-Lippe fest.

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

§ 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-Leistungen

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