Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1
HZV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (HZV-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende HZV-Vergütung:

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

- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro HAUSARZT und pro HZV-Versicherten abrechenbar.
- Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro HAUSARZT und pro HZV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
P1 **HZV-Pauschale**	▪ Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages	▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P1 wird anteilig einmal pro Abrechnungsquartal ausgezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HZV-Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HZV-Vertrages zugrunde gelegt. ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 5 des HZV-Vertrages) oder des HZV-Versicherten aus der HZV, erhält der HAUSARZT die anteilig ausgezahlte P1 das letzte Mal in dem Abrechnungsquartal, in dem der Versicherte den HAUSARZT gewechselt hat bzw. der HAUSARZT am Vertrag teilgenommen hat. Für den neu gewählten HAUSARZT beginnt mit dem auf das Abrechnungsquartal, in dem der Wechsel erfolgt ist, folgenden Abrechnungsquartal ein neues Versichertenteilnahmejahr. **Voraussetzung:**	20,00 EUR

		Wird nur dem Betreuarzt („**Betreuarzt**“) vergütet	
P2 **Kontaktabhängige Pauschale**	▪ 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	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr **Voraussetzung**: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	40,00 EUR
P3 **Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand**	▪ 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 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.)	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. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr **Voraussetzung**: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mindestens ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	25,00 EUR

	▪ 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		
Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („**Vertreterarzt**“) vergütet	17,50 EUR
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: ▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	17,50 EUR
Z1 Präventions-Zuschlag	Durchführung einer der folgenden Leistungen: ▪ Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ▪ Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ▪ Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, **vgl**. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): Untersuchung zur Früherkennung von	▪ Max. 1 x pro Quartal **Voraussetzung:** ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr	4,00 EUR

	Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien		
Z2 **VERAH-Zuschlag auf P3**	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x 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	8,00 EUR
Z3 **Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2**	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware Derzeit ausgesetzt	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr), sofern die in **Anhang 2** zu dieser **Anlage 3** genannten Quoten erfüllt sind. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	4,00 EUR
Einzelleistungen „Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen“			
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes			
00030 **LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)**	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen[1] E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*	▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00031) **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00031 **Nachsorgekontrolle bei positiven Befund**	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-	▪ 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 (00030) **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR

00032 **Diabetische Neuropathie**	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament) Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose[1] E1*.4- und/oder G59.0, G63.2, G99.0-	▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00033) **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00033 **Nachsorgekontrolle bei positiven Befund**	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose G59.0, G63.2 oder G99.0- und E1*.4- oder E1*.7-	▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie abrechenbar (00032) **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie			
00034 **pAVK**	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“ eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI) Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose[1] (ICD I70.-)	▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00035) **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00035 **Nachsorgekontrolle bei positiven Befund**	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue	▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung pAVK ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung pAVK abrechenbar (00034) **Voraussetzung:**	15,00 EUR

	Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose • bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7- bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2-	▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
00036 **Chronische Nierenkrankheit**	Untersuchung entsprechend der Praxisempfehlungen der DDG „Nephropathie bei Diabetes“ Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen Wiederholung im 2-wöchigen Abstand Versicherte mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Diagnose[1] N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2	▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00037) **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00037 **Nachsorgekontrolle bei positiven Befund**	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose • bei diabetischer Grunderkrankung N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 und E1*.2- oder E1*.7- • bei hypertensiver Grunderkrankung N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2	▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit (00036) ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit abrechenbar **Voraussetzung:** ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
[1] Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Diagnose nur, wenn der HAUSARZT diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat.			
Modul „Shared-Decision-Making“			
00038 **Einsatz eines digitalen Moduls zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making)**	Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in **Anhang 4 zur Anlage 3** aufgeführten Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung	▪ max. 2x im Kalenderjahr ▪ 1x pro Quartal **Voraussetzung:** ▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 4 zur Anlage 3 aufgeführten	**15,00 EUR**

		krankheitsspezifischen Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung per Selbstauskunft ▪ Absolvierung einer Schulung zur Nutzung des Moduls ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ nicht neben der 00039 abrechenbar	
00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter Einsatz des Shared-Decision-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	▪ 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar ▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar **Voraussetzung:** ▪ Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	**30,00 EUR**
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 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	▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ 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**): ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder	▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	40,00 EUR

	Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr		
Hausbesuch	Ärztliche Inanspruchnahme (auch dringend), 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 HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist.	▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Auch abrechenbar bei Heimbesuch	32,50 EUR
Mitbesuch	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft. (z. B: Familie)	▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar ▪ Nicht am selben Tag wie die Leistungen Vertreterpauschale, Hausbesuch und Heimbesuch abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 01611)		38,00 EUR
Hausärztlich-geriatrisches Basis-assessment	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 03240)	Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr	17,00 EUR
Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 03321)		26,00 EUR
Schilddrüsen-Sonografie	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 33012)		11,00 EUR
Abdominelle Sonografie	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 33042)	Max. 1 x pro Quartal	21,00 EUR
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 35100)	Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110	20,00 EUR

Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (GOP 35110)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ Max. 3 x am Tag	20,00 EUR
Wegepauschale A (WP A)	40220 Erbringung der Leistung Wegepauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km am Tag	Die Wegepauschale WP A ist nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen WP B bis WP H und dem Mitbesuch abrechnungsfähig.	3,20 EUR
Wegepauschale B (WP B)	40222 Erbringung der Leistung Wegepauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis 5 km am Tag	Die Wegepauschale WP B ist nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen WP A und WP C bis WP H, wie auch dem Mitbesuch abrechnungsfähig.	6,30 EUR
Wegepauschale C (WP C)	40224 Erbringung der Leistung Wegepauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km am Tag	Die Wegepauschale WP C ist nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen WP A, WP B und WP D bis WP H, wie auch dem Mitbesuch abrechnungsfähig.	9,20 EUR
Wegepauschale D (WP D)	40226 Erbringung der Leistung Wegepauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km in der Nacht	Die Wegepauschale WP D ist nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen WP A bis WP C und WP E bis WP H, wie auch dem Mitbesuch abrechnungsfähig.	6,30 EUR
Wegepauschale E (WP E)	40228 Erbringung der Leistung Wegepauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis 5 km in der Nacht	Die Wegepauschale WP E ist nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen WP A bis WP D und WP F bis WP H, wie auch dem Mitbesuch abrechnungsfähig.	9,80 EUR
Wegepauschale F (WP F)	40230 Erbringung der Leistung Wegepauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km in der Nacht	Die Wegepauschale WP F ist nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen WP A bis WP E und WP G bis WP H, wie auch dem Mitbesuch abrechnungsfähig.	13,20 EUR
Wegepauschale G (WP G)	40190 Erbringung der Leistung Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage	Die Wegepauschale WP G ist nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen WP A bis WP F und WP H, wie auch dem Mitbesuch abrechnungsfähig.	10,70 EUR
Wegepauschale H (WP H)	40192 Erbringung der Leistung Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht	Die Wegepauschale WP H ist nicht im Zusammenhang mit den Wegepauschalen WP A bis WP G und dem Mitbesuch abrechnungsfähig.	14,80 EUR

Definition	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß § 3 Abs. 4 lit. d) HZV-Vertrag benannter HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein HAUSARZT, der als Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HZV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet.
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem ersten Tag des Quartals, an dem der Versicherte als HZV-Versicherter im Sinne des HZV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HZV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an den Hausärzteverband). Bei einem 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. Versichertenteilnahmequartal beginnt jeweils ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Versichertenteilnahmequartal	Ein Quartal innerhalb des Versichertenteilnahmejahres.
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind gemäß § 1a Ziffer 12 BMV-Ä rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von ▪ Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder ▪ Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder ▪ MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass auch ein MVZ eine BAG ist. 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

Laufzeit

Diese **Anlage 3** tritt am 01.04.2022 in Kraft. Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31.03.2025 (§ 15 Abs. 2 des HZV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 6 des HZV-Vertrages.

§ 3
Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die Krankenkasse und der Landesverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer 1. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

2. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

3. Abrechnung des Betreuarztes für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

(1) Der HAUSARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt.

(2) 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. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erfolgen.

(3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung.

Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

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

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.

3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

4. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von BAG/MVZ

(1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HZV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 11a Abs. 1 des HZV-Vertrages.

(2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

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 zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".

(2) Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der HZV-Abrechnung zu dokumentieren.

§ 4
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** 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 5756 1110

(2) Der Hausärzteverband versendet an den 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). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.

(3) 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 (05.01., 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 (vgl. § 5 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

(4) 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.

(5) 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 § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

(6) Der Hausärzteverband übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**"). 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 § 11 a Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.

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

(8) 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 § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 5

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 § 4 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295 a 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 Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. 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**“). 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 Krankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 11 a des HZV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

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

(4) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 6
Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

(1) Der Hausärzteverband 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 Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3.**

(2) Die HÄVG ist berechtigt und gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 12 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 13 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

(3) Die Krankenkasse zahlt die HZV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach §§ 11, 11a des HZV-Vertrages.

§ 7
Abrechnungsprüfkriterien

(1) Die Dienstleistungsgesellschaft für den Landesverband und die Krankenkasse bzw. eine von ihr benannte Stelle prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 13 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 Einzelleistung/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);

c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;

d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation gemäß § 3 Ziffer 2 dieser **Anlage 3**.

(3) Der Umfang der von der Dienstleistungsgesellschaft an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i.V.m. 1 b SGB V übermittelten Daten.

(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 (§§ 11, 11a des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.

(6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8
Anhänge

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

Anhang 1 zu Anlage 3: Leistungsbeschreibung gemäß EBM- Ziffernkranz
Anhang 2 zu Anlage 3: Zuschlag Rationale Pharmakotherapie
Anhang 3 zu Anlage 3: VERAH-Vergütung
Anhang 4 zu Anlage 3: Shared-Decision-Making