

§ 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
Pauschalen			
P1 HZV- Struktur-pau- schale	Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 HAUS-ARZTES/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. <p>Voraussetzung:</p>	20,00 EUR

		Wird nur dem Betreuarzt („ Betreuarzt “) vergütet	
P2 Kontaktabhängige Pauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung ▪ Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HZV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mindestens ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	25,00 EUR

	<p>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.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. ▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention 		
Vertreterpauschale	<p>Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 zusätzlich der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen und ohne Berücksichtigung der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar. ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal. ▪ Wird nur dem Vertreterarzt vergütet. 	17,50 EUR
Zielauftragspauschale	<p>Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar. ▪ Zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar. ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal. 	17,50 EUR
Zuschläge			
Z2 VERAH-Zuschlag auf P3	<p>Betreuung der Patienten durch einen VERAH-geprüften MFA (Versorgungsassistenten in der hausärztlichen Praxis) nach Anhang 3 dieser Anlage 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf die P3 ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt. <p>Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</p>	8,00 EUR

	<p>Ein MFA/Arzthelfer des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH</p>		
<p>Z3 Qualitätszuschlag</p>	<p>Erfüllung einer der beiden folgenden Qualifikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Belastungs-EKG ▪ Langzeitblutdruckmessung <p>sowie Erfüllung einer weiteren aus der Liste der nachstehenden Qualifikationen nach Auswahl des HZV-Hausarztes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirotherapie ▪ Langzeit-EKG ▪ Sonografie Abdomen ▪ Sonografie Schilddrüse <p>Der Betreuarzt verfügt über eine der beiden Qualifikationen „Belastungs-EKG“ und „Langzeitblutdruckmessung“ sowie eine weitere der nachstehenden Qualifikationen; maßgeblich ist die Selbstauskunft des HZV-Hausarztes gegenüber dem Hausärzterverband.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P 1 ▪ Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Der Zuschlag wird automatisch – 1 x pro Versichertenteilnahmejahr – auf die P 1 aufgeschlagen, soweit die Qualifikation durch Selbstauskunft bestätigt ist. ▪ Z4 kann nicht neben Z3 abgerechnet werden. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>3,00 EUR</p>

<p>Z4 Qualitätszuschlag</p>	<p>Erfüllung der beiden folgenden Qualifikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Belastungs-EKG ▪ Langzeitblutdruckmessung <p>sowie Erfüllung zwei oder mehrerer der weiteren aus der Liste der nachstehenden Qualifikationen nach Auswahl des HZV-Hausarztes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirotherapie ▪ Langzeit-EKG ▪ Sonografie Abdomen ▪ Sonografie Schilddrüse <p>Der Betreuarzt verfügt über die beiden Qualifikationen „Belastungs-EKG“ und „Langzeitblutdruckmessung“ sowie zwei oder mehrere der weiteren nachstehenden Qualifikationen; maßgeblich ist die Selbstauskunft des HZV-Hausarztes gegenüber dem Hausärzteverband.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf P 1 ▪ Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Der Zuschlag wird automatisch – 1 x pro Versichertenteilnahmejahr – auf die P 1 aufgeschlagen, soweit die Qualifikation durch Selbstauskunft bestätigt ist. ▪ Z3 kann nicht neben Z4 abgerechnet werden <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>5,00 EUR</p>
<p>DAK-spezifische Leistungen</p>			
<p>DAK Gesundheits-Check I</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres einmal pro Versichertenteilnahme ▪ Beratungsgespräch zur Aufdeckung von gesundheitsriskantem Lebensstil im Sinne der Primärprävention zur Vermeidung von Folgeerkrankungen durch individuelle Beratung, Motivation und Anleitung. ▪ Schwerpunkte der Untersuchungen sind insbesondere: Gewicht, Ernährung, Bewegung, kardiovaskuläre Risiken, insb. auch im Hinblick auf mögliche sport- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versichertenteilnahme <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>35,00 EUR</p>

	<p>liche Aktivitäten (Fitness-Check), Sucht, chronische Rückenschmerzen, Stress, Depression sowie Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs</p>		
<p>DAK Gesundheits-Check II</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb zwei Kalenderjahren ▪ Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes ▪ Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation ▪ Ggf. Umstellung der Medikation auf der Grundlagen der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen ▪ Überprüfung des Impfstatus einschl. der Organisation der Durchführung von fehlenden Impfungen ▪ Ganzkörperstatus einschl. Dokumentation ▪ Laboruntersuchung zur Ermittlung des Risikos für Diabetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure) ▪ Urinuntersuchung mittels Streifentest ▪ Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Nikotinmissbrauch, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung mit dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten ▪ Ausgabe und Auswertung eines zugelassenen Tests auf okkultes Blut im Stuhl, sofern der 	<p>1 x innerhalb von 2 Versicherungsjahren</p> <p>Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet</p>	<p>45,00 EUR</p>

	<p>HZV-Versicherte durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms ▪ Erhebung des individuellen Risikos für KHK (anerkannter geeigneter Risiko-Score, z.B. Procam oder Arriba), ggfs. mit Knöchel-Arm-Index, Osteoporose und (familiären) Darmkrebs (Fragebogen) sowie Beratung zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung, insbesondere bei familiärer Vorerkrankung bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien 		
<p>DAK Gesundheitsvorsorge Modul 1 - Früherkennung</p>	<p>Versorgung neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose der nachfolgenden Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankheiten des N. trigeminus, ▪ Diabetische Polyneuropathie und/oder ▪ Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten ▪ Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 1 – Weiterbetreuung abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>10,00 EUR</p>
<p>DAK Gesundheitsvorsorge Modul 1 - Weiterbetreuung</p>	<p>Versorgung neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 1 – Früherkennung abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>10,00 EUR</p>

	der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen		
DAK Gesundheitsvorsorge Modul 2 - Früherkennung	<p>Versorgung neurologische Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose der nachfolgenden Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurogene Reflexblase und/oder ▪ Schlanke neurogene Harnblase ▪ Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 2 – Weiterbetreuung abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR
DAK Gesundheitsvorsorge Modul 2 - Weiterbetreuung	<p>Versorgung neurologische Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 2 – Früherkennung abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR
DAK Gesundheitsvorsorge Modul 3 - Früherkennung	<p>Versorgung vaskuläre Komplikationen: Angiopathie bei Diabetes Mellitus</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose der nachfolgenden Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atherosklerose ▪ Aortitis und/oder ▪ Sonstige periphere Gefäßkrankheiten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikatio- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 3 – Weiterbetreuung abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR

	nen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen		
DAK Gesundheitsvorsorge Modul 3 - Weiterbetreuung	<p>Versorgung vaskuläre Komplikationen: Angiopathie bei Diabetes Mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen 	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 3 – Früherkennung abrechenbar Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR
DAK Gesundheitsvorsorge Modul 4 - Früherkennung	<p>Versorgung Diabetesleber</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Leberkrankheiten</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen 	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 4 – Weiterbetreuung abrechenbar Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR
DAK Gesundheitsvorsorge Modul 4 - Weiterbetreuung	<p>Versorgung Diabetesleber</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen 	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 4 – Früherkennung abrechenbar Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR
DAK Gesundheitsvorsorge Modul 5 - Früherkennung	<p>Versorgung nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose der nachfolgenden Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chronische Nierenkrankheit Niereninsuffizien 	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 5 – Weiterbetreuung abrechenbar Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz ▪ Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz ▪ Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz ▪ Dialysebehandlung und/oder ▪ Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz ▪ Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen 		
<p>DAK Gesundheitsvorsorge Modul 5 - Weiterbetreuung</p>	<p>Versorgung nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der Feststellung mehrerer, modulübergreifender Komplikationen, ist eine entsprechende Dokumentation der vorliegenden multiplen Komplikationen (E1x.7) gemäß DIMDI vorzunehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht im selben Abrechnungsquartal neben Modul 5 – Früherkennung abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>10,00 EUR</p>
<p>Zuschlag Sachkosten für DAK Gesundheitsvorsorge Modul 1 - Früherkennung</p>	<p>Kostenübernahme der eingesetzten Produkte innerhalb des Moduls</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nur abrechenbar mit Modul 1 – Früherkennung ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Die Vertragspartner überprüfen nach jeweils zwei Abrechnungsquartalen die Höhe des Betrages mit dem Ziel einer Reduzierung des Sachkostenzuschlags. 	<p>17,00 EUR</p>
<p>Zuschlag Sachkosten für DAK Gesundheitsvorsorge Modul 5 - Früherkennung</p>	<p>Kostenübernahme der eingesetzten Produkte innerhalb des Moduls</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur abrechenbar mit Modul 5 - Früherkennung ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>2,00 EUR</p>

<p>DAK Diabetes-Arzneimittel-Interaktions-Check</p>	<p>Überprüfung der Polypharmazie und der Arzneimittelinteraktionen in der Diabetestherapie bei Vorliegen einer der nachfolgenden Diabetes-Begleiterkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arterielle Hypertonie ▪ Fettstoffwechselstörung ▪ Koronare Herzkrankheit ▪ Diabetische Neuropathie ▪ Retinopathie ▪ Arterielle Verschlusskrankheit ▪ Nephropathie ▪ Chronische Herzinsuffizienz ▪ Herzinfarkt ▪ Schlaganfall ▪ Diabetische Angiopathie <p>Nur abrechenbar bei Nutzung des für diesen Hausarztvertrag der DAK-Gesundheit zur Verfügung gestellten Tools.</p>	<p>Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr</p>	<p>5,00 EUR</p>
<p>DAK Gesundheitskampagnen</p>	<p>Mitwirkung und aktive Unterstützung im Rahmen der besonderen DAK-Aufklärungskampagnen</p> <p>Einzelheiten stimmen die Vertragspartner ab und der Hausärzteverband informiert die HAUSÄRZTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr 	<p>10,00 EUR</p>
<p>Modul „Shared-Decision-Making“</p>			
<p>00038 Einsatz eines digitalen Moduls zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making)</p>	<p>Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 5 zur Anlage 3 aufgeführten Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 2x im Kalenderjahr ▪ 1x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 5 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung per Selbstauskunft ▪ Absolvierung einer Schulung zur Nutzung des Moduls ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ nicht neben der 00039 abrechenbar 	<p>15,00 EUR</p>

<p>00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar ▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>30,00 EUR</p>
<p>Einzelleistungen</p>			
<p>Poststationäres Überleitungsmanagement während bzw. nach Krankenhausbehandlung</p>	<p>Besondere Betreuung der HZV-Patienten im telefonischen Kontakt während bzw. nach einem Krankenhausaufenthalt im Austausch mit dem behandelnden Krankenhausarzt</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ telefonischer Kontakt – sofern erforderlich - mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1 x unmittelbar vor (maximal 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 	<p>Max. 1 x pro Krankenhausaufenthalt</p>	<p>30,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der Entlassmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung ▪ Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt) 		
<p>Postoperative hausärztliche Betreuung</p>	<p>Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten ▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation ▪ Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen ▪ Erläuterung des Arztbriefes einschließlich der erhobenen Befunde ▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen ▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten 	<p>Max. 1 x pro Krankenhausaufenthalt</p>	<p>30,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen ▪ Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG) ▪ Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen 		
01707 (Neugeborenen-Screening)	Erbringung der Leistungen gem. EBM	Leistungsvoraussetzungen gem. EBM	12,76 EUR
01711 –01719, 01723 (U1 – U9)	Erbringung der Leistungen gem. EBM	Leistungsvoraussetzungen gem. EBM	31,20 EUR
01720 (J1)	Erbringung der Leistungen gem. EBM	Leistungsvoraussetzungen gem. EBM	35,96 EUR
01731 (Krebsfrüherkennung Mann)	Erbringung der Leistungen gem. EBM	Leistungsvoraussetzungen gem. EBM	14,49 EUR
01745 (Hautkrebs-Screening)	Erbringung der Leistungen gem. EBM	Leistungsvoraussetzungen gem. EBM	21,68 EUR
Inanspruchnahme zur Unzeit I	<p>Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM):</p> <p>zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden ▪ Neben GOP 01100 und 01101 ist der Hausbesuch berechnungsfähig. 	25,00 EUR
Inanspruchnahme zur Unzeit II	<p>Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM):</p> <p>zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 7:00 Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden ▪ Neben GOP 01100 und 01101 ist der Hausbesuch berechnungsfähig. 	40,00 EUR

Verordnung medizinischer Reha	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	38,00 EUR
Hausbesuch	Ärztliche Inanspruchnahme (auch dringend), zu der der HZV-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 (Regelbesuch)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neben GOP 01100 und 01101 berechnungsfähig. 	32,50 EUR
Mitbesuch	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie, Seniorenheim)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Tag ▪ Nicht am selben Tag mit der Leistung Hausbesuch abrechenbar 	15,00 EUR
Hausärztlich-geriatrisches Basis-assessment	Erbringung der Leistung gemäß EBM (Stand 30.09.2013, vgl. Ziffer 03240) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	17,00 EUR
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (35100)	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110	20,00 EUR
Verbale Intervention bei psycho-somatischen Krankheitszuständen (35110)	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ Max. 3 x am Tag 	20,00 EUR

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG / eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HZV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HZV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV).
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem Tag, an dem der Versicherte als HZV-Versicherter im Sinne des HZV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HZV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an den Hausärzteverband). 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.
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und / oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten / Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).
HZV-Versicherter	Die Bezeichnung „HZV-Versicherter“ oder „HZV-Abrechnung“ kann bei vorliegender Teilnahme des Versicherten an der IV ebenfalls den IV-Versicherten und die entsprechende Abrechnung umfassen

§ 2

Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31. März 2025 (§ 17 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 Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-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 Hausärzteverband 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 I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des EBM-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 HZV-Versicherte, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des HZV-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses Vertrages zu erbringen. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag bzw. Auftragsüberweisung an einen anderen HAUSARZT bzw. bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem HZV-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
- (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 SGBXI 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 § 11 a 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.

7. Obergrenze

Die Vertragspartner sind sich einig, dass der finanzielle Rahmen von € 76,00 (durchschnittliche direkte Vergütung der HAUSÄRZTE pro eingeschriebenem Versicherten und Quartal) für die Leistungen aus diesem HZV-Vertrag für die DAK nicht überschritten werden soll („**Obergrenze**“). Wird im Rahmen der Quartalsabrechnung für das aktuelle Abrechnungsquartal eine Überschreitung der Obergrenze der DAK festgestellt, so werden in der Quartalsabrechnung die besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand und/oder andere vom Hausärzteverband bestimmte Vergütungspositionen der **Anlage 3** in der Weise quotiert, dass die Obergrenze der DAK in dem Abrechnungsquartal nicht überschritten wird. Ausgenommen für die Berechnung der Obergrenze sind die DAK spezifischen Leistungen außer DAK-Gesundheits-Check II.

§ 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 AG
Edmund - Rumpler - Straße 2
51149 Köln

Service-Hotline: 02203 5756 1111

Fax: 02203 57561110

- (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 (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. 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 Krankenkasse (vgl. § 4 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 § 6 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen in Höhe von monatlich 13,50 € pro bei dem HAUSARZT in

dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HZV-Versicherten sowie eine nach § 12 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 sie 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 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. § 12 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

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (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-Zuschlages (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 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, 12 des HZV-Vertrages) einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 7

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) Der Hausärzteverband ist berechtigt und gegenüber dem Hausärzteverband verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 13 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 15 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, 12 des HZV-Vertrages.

§ 8

Anhänge

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

- | | |
|--------------------------------|---|
| Anhang 1 zu Anlage 3: | Leistungsbeschreibung gemäß EBM- Ziffernkranz |
| Anhang 2 zu Anlage 3: | (derzeit nicht besetzt) |
| Anhang 3 zu Anlage 3: | VERAH-Zuschlag |
| Anhang 4 zu Anlage 3: | Überleitungsbogen |
| Anhang 4 a zu Anlage 3: | Einwilligungserklärung des Versicherten zur Datenübermittlung |
| Anhang 5 zu Anlage 3: | Shared-Decision-Making |