Anlage 3

HzV-Vergütung und Abrechnung

§ 1
HzV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die im HzV-Vertrag zu erbringenden Voraussetzungen sowie die in Anhang 1 zu dieser Anlage (EBM-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 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.

Es gelten die Abrechnungsregeln und Abrechnungsausschlüsse des zum Abrechnungszeitraum gültigen EBM's

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Altersgestaffelte Kontaktabhängige Pauschale (Grundpauschale) 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 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 ergänzenden Versorgungsprogrammen	• max. 1mal pro Quartal **Voraussetzung:** • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet	GP A: 39 EUR GP B: 32 EUR GP C: 44 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Kontaktabhängige 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	12,50 EUR
Zielauftragspauschale	Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	• max. 1mal pro Quartal • nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar • zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar • jede Einzelleistung max. 1mal pro Quartal zuzüglich abrechenbar • Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar **Voraussetzung**: • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	12,50 EUR
Kontaktabhängige 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 Palliativmedizin ein Patienten mit einer (progredienten) voranschreitenden weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und	• max. 1mal pro Quartal • nicht abrechenbar neben Grundpauschale **Voraussetzung**: • min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet	100,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium.		
Zuschläge			
P3.1 **Zuschlag für die Betreuung chronisch kranker Patienten**	• Betreuung von chronisch kranken Patienten Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser **Anlage 3** ist derjenige Patient, der **eine** der Erkrankungen hat, die zu den im mRSA aufgeführten 80 Diagnosegruppen gehört **sowie** für den zu diesem Krankheitsbild mindestens eine definierte, gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 in der jeweils geltenden Fassung gemäß http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html im Abrechnungsquartal übermittelt wurde	• max. 1mal pro Quartal • nicht neben P3.2 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar **Voraussetzung**: • nur für chronisch kranke Patienten mit min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal wird nur dem Betreuarzt vergütet	10,00 EUR
P3.2 **Zuschlag für die Betreuung multimorbider Patienten**	• Betreuung von multimorbid kranken Patienten Ein multimorbid kranker Patient im Sinne dieser **Anlage 3** ist derjenige Patient, der **zwei** der Erkrankungen hat, die zu den im mRSA aufgeführten 80 Diagnosegruppen gehört **sowie** für den zu diesem Krankheitsbild mindestens eine definierte, gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 in der jeweils geltenden Fassung gemäß http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html im Abrechnungsquartal übermittelt wurde	• max. 1mal pro Quartal • nicht neben P3.1 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar **Voraussetzung**: • nur für multimorbid kranke Patienten mit min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet	27,50 EUR
P3.3 **Zuschlag für die Betreuung multimorbider Patienten**	• Betreuung von multimorbid kranken Patienten Ein multimorbid kranker Patient im Sinne dieser **Anlage 3** ist derjenige Patient, der mindestens **drei** der Erkrankungen hat, die zu den im mRSA aufgeführten 80 Diagnosegruppen gehört **sowie** für den zu diesem Krankheitsbild mindestens eine definierte, gesicherte und endstellige	• max. 1mal pro Quartal • nicht neben P3.1 und/oder P3.2 im selben Quartal abrechenbar **Voraussetzung**: • nur für multimorbid kranke Patienten mit min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	55,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	Diagnose nach ICD-10 in der jeweils geltenden Fassung gemäß http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html im Abrechnungsquartal übermittelt wurde	• wird nur dem Betreuarzt vergütet	
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, Heimbesuch • 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 Versichertenteilnahme-jahr • Der Zuschlag wird automatisch anteilig je Quartal in Höhe von 2,00 EUR pro eingeschriebenen Versicherten ausgezahlt. **Voraussetzung:** • 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	8,00 EUR
VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	• Zuschlag auf jede vergütete P3.1 bis P3.3 (max. 4mal pro Versicherten-teilnahmejahr) • 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	5,00 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Einzelleistungen			
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 Terminabendsprechstunde 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	• 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 Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr	• grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar • kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden	40,00 EUR
Präventions-Einzelleistung	Gesundheitsuntersuchung: Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GOP 01732 gem. EBM , 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	27,00 EUR
Krebsfrüherkennungs-untersuchung Frauen	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B.1. der	• die Leistung wird 1mal im Kalenderjahr je weiblicher HzV-	17,87 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01730 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	Versicherten ab dem Alter von 20 Jahren vergütet • Vertreterpauschale und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar	
Krebsfrüherkennungs-untersuchung Männer	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C.1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• die Leistung wird 1mal im Kalenderjahr je männlichen HzV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet • Vertreterpauschale und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar	14,19 EUR
Einzelleistung „Verlängerte Sprechzeit“	Beratungs- und Unterweisungsgespräch, das nach Art, Dauer und Intensität über das übliche Maß eines Beratungs- und Anamnesegesprächs hinausgeht (min. 15 Minuten). Dabei muss mindestens die doppelte Dauer eines durchschnittlichen Beratungsgespräches erreicht werden.	• max. 2mal pro Quartal **Voraussetzung**: • nicht am selben Tag abrechenbar mit GOP 35100 EBM und GOP 35110 • wird nur dem Betreuarzt vergütet	22,00 EUR
Überleitungsmanagement (telefonisch)	Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des Hzv-Vertrages (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen) • telefonischer Kontakt mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1mal unmittelbar vor (max. 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung • Überprüfung der Entlassungsmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung • Einleitung erforderlicher	• max. 1mal pro Krankenhausaufenthalt **Voraussetzung:** • wird nur dem Betreuarzt vergütet	30,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
	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		
Überleitungsmanagement (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 Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung • Überprüfung der Entlassungs-medikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittel-versorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung • 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	max. 1mal pro Krankenhausaufenthalt **Voraussetzung:** • wird nur dem Betreuarzt vergütet	80,00 EUR
Postoperative hausärztliche	Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation	• die Leistung ist abrechenbar nach jedem	30,00 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Betreuung	• 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 • 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	stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde oder nach jeder ambulant durchgeführten Operation sowie nach einer stationären Anschlussheilbehandlung nach einer vorherigen Operation ggf. auch mehrfach im Quartal abrechenbar, sofern der Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach dem stationären 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	
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	20,33 EUR
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	13,84 EUR
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	11,04 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 03240 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung	• max. 1mal pro Quartal abrechenbar für Versicherte vom 61. Lebensjahr an **Voraussetzung:** • wird nur dem Betreuarzt vergütet	17,00 EUR
Ungeplanter eiliger Besuch	• ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines Kranken zu begeben • angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, auch aus 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	• 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 Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe organisierten Notfalldienst teilnimmt; maßgeblich sind die Zeiten nach Notfalldienstordnung in der jeweils gültigen Fassung	60,00 EUR
Besuch	• geplante ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben • 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
Mitbesuch	• Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) • Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• max. 1mal pro Tag • die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar • nicht am selben Tag wie	7,54 EUR

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
		Besuch, Heimbesuch oder Besuch durch VERAH abrechenbar • wird nur dem Betreuarzt vergütet	
Heimbesuch	• geplante ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich in ein Alten- und/oder Pflegeheim zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben • Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01414 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• max. 4mal pro Quartal • die Leistung ist für einen HzV-Versicherten nur einmal pro Tag abrechenbar • die Leistung ist nicht am gleichen Tag wie Besuch abrechenbar • die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Heimbesuch“ abrechenbar	18,00 EUR
Besuch durch VERAH	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der kontaktabhängigen Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	• Wird nur dem Betreuarzt vergütet	18,00 EUR
Schilddrüsen-Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33012 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)		11,00 EUR
Abdominelle Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33042 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**)	• max. 2mal pro Quartal abrechenbar	21,00 EUR
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 Heimbesuch und 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	10,00 EUR

Anlage 3

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
		von Palliativpatienten abgerechnet werden • die Wegepauschale B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbesuch und 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 Heimbesuch und 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 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 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.

Begrifflichkeit	Beschreibung
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • 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 gemäß § 10 Abs. 6 und 7 in Kraft; die Vergütungsvereinbarung nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2018 (§ 16 Abs. 3 des HzV-Vertrages).

§ 3
Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

(2) Der HAUSARZT hat alle Diagnosen 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 (§ 3 Abs. 5 lit b) des HzV-Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

(3) 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, von der HzV erfassten Leistungen die Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt.

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

(6) 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 von dem Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der 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) 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“. Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfungen mit deren Ziffern gemäß der betreffenden Anlage der jeweiligen „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“ von den HAUSÄRZTEN an die Krankenkasse zu übermitteln.

(8) 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 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 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 Krankenkasse (§ 6 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 Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der Krankenkasse innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse 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.

(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 § 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 beziehungsweise 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 die Krankenkasse 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 Krankenkasse

(1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband zeitnah nach Ablauf eines Abrechnungsquartals der Krankenkasse 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 Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen (**„Krankenkassen-Prüffrist“**), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 dieser Anlage 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 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).

(3) Die Krankenkasse 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 Krankenkasse schriftlich mitteilen.

(4) Die Krankenkasse kann durch Erklärung gegenüber dem HAUSARZT vertreten durch den Hausärzteverband, dieser gegebenenfalls vertreten durch seinen Erfüllungsgehilfen, binnen drei Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass die ihr übermittelte Abrechnungsdatei oder die weiteren Abrechnungsunterlagen ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HzV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HzV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzteverband innerhalb der drei Jahre schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen. § 12 Abs. 3 des HzV-Vertrages findet insoweit Anwendung.

(5) Die Krankenkasse leistet als Bestandteil der HzV-Vergütung monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt für die ersten vier Quartale in denen der Hausarzt erstmalig nach diesem Vertrag abrechnet 12,00 EUR pro bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HzV-Versicherten. Ab dem zweiten Jahr leistet die Krankenkasse die Abschlagszahlungen entsprechend einer Verständigung der Vertragspartner im Hinblick auf die voraussichtlichen Vergütungen auf Basis der Vergütungen des Vorjahresquartals. Kommt eine Einigung nicht zustande, ist ein Schiedsverfahren durchzuführen. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 15. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal: 15. Februar, 15. März, 15. April; z. B. für das 2. Quartal am: 15. Mai, 15. Juni, 15. Juli, usw.).

§ 7
Abrechnungsprüfkriterien

(1) Der Hausärzteverband und die Krankenkasse 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 Krankenkasse 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. 9 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten. Abschlagszahlungen sind spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats zu leisten.

(3) Die Krankenkasse 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.

§ 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-Einzelleistung

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