

**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
<b>Pauschalen</b>			
<b>P1 HZV- Versorgungsstrukturpau- schale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages</li> <li>▪ Vorhalten der Online-Infrastruktur</li> <li>▪ Onlineabrechnung und Onlineteilnahmeprüfung</li> <li>▪ Berücksichtigung der an den HZV-Vertrag angebotenen Selektivverträge gemäß Anlage 10</li> <li>▪ Unterstützung bei der Vermittlung von Facharztterminen in dringenden Fällen</li> <li>▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres ist von der P1 umfasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> <li>▪ P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versichertenteilnahmequartals in voller Höhe ausbezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HZV-Versichertenverzeichnis gemäß § 12 Abs. 2 des HZV-Vertrages zugrunde gelegt</li> <li>▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 8 des HZV-Vertrages) oder des HZV-Versicherten aus der HZV wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HZV-Versicherten war, 6,50 EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahmejahr, in</li> </ul>	74,00 EUR

		<p>dem der Arztwechsel/Ausscheiden des Hausarztes oder des HZV-Versicherten aus der HZV stattgefunden hat, auch mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Hat in einem solchen Fall kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden, wird dem Hausarzt für jedes Quartal, in dem er nicht mehr Betreuarzt war, ein Betrag von 18,50 EUR von der P1 abgezogen</p> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt („<b>Betreuarzt</b>“) vergütet</li> </ul>	
<p><b>P2</b> <b>Kontaktabhängige Pauschale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</li> <li>▪ Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 6 Abs. 2 und 3 des HZV-Vertrages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 3 x pro Versicherten- teilnahmejahr</li> <li>▪ Im ersten Versichertenteilnahmequartal eines Versichertenteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versichertenteilnahmejahres</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<p>48,00 EUR</p>
<p><b>P3</b> <b>(kontaktabhängiger) Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten</b></p>	<p>Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten (Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand) abgestimmte, die unter P2 genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung.</p> <p>Insbesondere kontinuierliche Kontrolle der Arzneimitteltherapie im Sinne einer erhöhten Patientensicherheit bei Polymedikation inkl. Ausstellen oder Anpassen des Medikamentenplans (ab 3 Wirkstoffen) sowie ggf. Beratung und Berücksichtigung von Wechselwirkungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</li> </ul>	<p>28,00 EUR</p>

<b>Vertreterpauschale</b>	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar</li> <li>▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Vertreterarzt („<b>Vertreterarzt</b>“) vergütet</li> </ul>	20,00 EUR
<b>Zielauftragspauschale</b>	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar</li> <li>▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>	20,00 EUR
<b>Zuschläge</b>			
<b>Z1 Präventions-Zuschlag</b>	<p>Durchführung einer der folgenden Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien</li> <li>▪ Gesundheitsuntersuchung, (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, fakultativ inkl. Ergebnisoffene Beratung PSA-Screening</li> <li>▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (GOP 01740 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Je durchgeführte Leistung</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hautkrebsvorsorge: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr</li> <li>- Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr</li> <li>- Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms: Einmalig, ab dem vollendeten 50. Lebensjahr</li> <li>- Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr</li> <li>- PSA-Screening entsprechend Anhang 8 Anlage 3 bei männlichen Versicherten ab 45</li> </ul> </li> </ul>	20,00 EUR

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien, fakultativ inkl. Ergebnisoffene Beratung zum PSA-Screening</li> <li>▪ PSA-Screening entsprechend entsprechend Anhang 8 Anlage 3</li> </ul>	Jahren, mit einer Lebenserwartung > 10 Jahre	
<b>Z2 VERAH-Zuschlag auf P3</b>	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versicherterteilnahmejahr)</li> <li>▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in <b>Anhang 4</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> geregelt</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuers verfügt über die Qualifikation VERAH</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuer vergütet</li> </ul>	10,00 EUR
<b>Z3 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2</b>	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versicherterteilnahmejahr), sofern die in <b>Anhang 3</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> genannten Quoten erfüllt sind.</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuer vergütet</li> </ul>	04,00 EUR
<b>Z4 Zuschlag Palliativbehandlung</b>	Behandlung eines Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag wird einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen Palliativpatienten handelt</li> <li>▪ Der Zuschlag wird automatisch aufgrund der an die HÄVG übermittelten Diagnose generiert</li> <li>▪ nicht für HzV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuer bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält</li> </ul> <p>max. 5 x pro HzV-Versicherten</p> <p><b>Voraussetzung:</b></p>	120,00 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5 G</li> <li>▪ mind. 1 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>	
<b>Z6 Psychosomatik Zuschlag auf P1 und P2</b>	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gemäß EBM vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 und P2</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzterverband und MEDI per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab Meldequartal der eingereichten Selbstauskunft</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Erfolgt vor Ablauf des Versicherungsteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes Quartal des Versicherungsteilnahmejahres der Zuschlag auf die P1 anteilig abgezogen</li> </ul>	04,00 EUR auf P1  07,50 EUR auf P2
<b>Z7 Zuschlag Sonografie auf P1</b>	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ (GOP 33012 und 33042 gemäß EBM vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P1</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzterverband und MEDI per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem Meldequartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Erfolgt vor Ablauf des Versicherungsteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für</li> </ul>	06,00 EUR

		jedes Quartal des Versicherungsteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.	
<b>Z9 Zuschlag klimaresiliente Versorgung auf P3</b>	Umsetzung der klimaresilienten Versorgung gem. <b>Anhang 6</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Zuschlag wird automatisch einmal im Kalenderjahr auf die P3 vergütet</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur bei Vorliegen des Nachweises einer Schulung mit Schwerpunkt „Klima und Gesundheit“ mit Teilnahme des HAUSARZT und einem Teammitglied (Stundenumfang von mind. 19h pro Woche in der Hausarztpraxis) vergütet.</li> </ul>	08,00 EUR
<b>Z10 Zuschlag akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe</b>	Beschäftigung eines Physician Assistent oder vergleichbare (staatlich anerkannte) akademische Qualifikationen nichtärztlicher Gesundheitsberufe	Der Zuschlag auf die P1 wird abhängig vom Stundenumfang entsprechend des Arbeitsvertrages des akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufe wie folgt vergütet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 10,00 € auf P1</li> <li>• 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 7,50 € auf P1</li> <li>• 0,5 Stelle (ab 19 h pro Woche) 5,00 € auf P1</li> </ul>	10,00 EUR
<b>Z11 Zuschlag für digitale Anwendungen auf P1</b>	<p>Nachweis der folgenden besonderen Infrastrukturausstattungen in der Praxis per Selbstauskunft gegenüber der HÄVG gemäß <b>Anhang 7 zur Anlage 3</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bereitstellung <b>online buchbarer Termine</b> mit Providermeldung</li> <li>▪ Einsatz eines PVS <b>Impfmanagement-Systems</b> mit Providermeldung</li> <li>▪ Einsatz von Shared-Decision-Making (<b>arriba</b>): Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren</li> <li>▪ Anwendung eines <b>AMTS-Moduls</b> in PVS mit Providermeldung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag für jedes nachgewiesene Infrastrukturmerkmal auf die <b>P1</b></li> <li>▪ Wird nur dem Betreuartz vergütet</li> </ul>	2,00 EUR / Merkmale Online-Termine, Videosprechstunde und Shared-Decision-Making  4,00 EUR / Merkmale AMTS und Impfmanagementsystem

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot einer <b>Video-sprechstunde</b></li> </ul>		
<b>Einzelleistungen</b>			
<b>01611</b> <b>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 01611)		38,00 EUR
<b>02300</b> <b>Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02300)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *</li> </ul>	08,00 EUR
<b>02301</b> <b>Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02301)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *</li> </ul>	16,00 EUR
<b>02302</b> <b>Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 02302)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301</li> <li>▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *</li> </ul>	30,00 EUR
<b>03321</b> <b>Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)</b>	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser <b>Anlage 3</b> (GOP 03321)		26,00 EUR
<b>Überprüfung Impfstatus</b>	Überprüfung Impfstatus (inkl. „Abstempeln“ Bonusheft)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> Wird nur dem Betreuarzt vergütet	12,00 EUR
<b>Kinder-und Jugendvorsorge</b>  <b>01711 bis 01719</b> <b>01720</b> <b>U10</b> <b>U11</b> <b>J2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung einer U-Untersuchung (U1 bis U9) entsprechend der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie)</li> <li>• Durchführung einer Untersuchung (J1) nach der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie)</li> <li>• Durchführung von Untersuchungen für Kinder im Grundschulalter (U10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Je durchgeführte Leistung</li> <li>▪ Ist nur vom Betreuarzt abrechenbar</li> </ul>	50,00 EUR / Untersuchung

	und U11) und für Jugendliche (J2)		
--	-----------------------------------	--	--

\* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – abrechenbar.

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 Dienstleistungsgesellschaft). Bei einem durch die Betriebskrankenkasse 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"> <li>• Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder</li> <li>• Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder</li> <li>• MVZ untereinander</li> </ul> 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

### Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31.12.2027 (§ 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages.

## § 3

### Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P4 sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen 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 der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu EBM-Änderungen im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die GWQ und der Hausärzterverband/MEDI e.V. keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu EBM-Änderungen nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

#### II. Dokumentation

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 (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

#### III. 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 diese **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 Abrechnung der P3 setzt das gesicherte Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit zu erwartendem wiederkehrenden hausärztlichem Betreuungsbedarf voraus. Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrende erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Eine chronische Erkrankung im Sinne der hausarztzentrierten Versorgung setzt daher eine regelmäßige medizinische Versorgung (ärztliche Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) durch den Hausarzt voraus, ohne die nach hausärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.
- Die Chronifizierung einer Erkrankung muss aus der Dokumentation erkennbar sein. Hierbei sind die Vorgaben der jeweils aktuell gültigen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu berücksichtigen.<sup>1</sup> Es ist so spezifisch wie möglich zu dokumentieren, Resteklassen sollen nur verwendet werden, falls keine hinreichende Spezifität für eine Zuordnung zu einer der spezifischeren Schlüsselnummern möglich ist. Bei Erkrankungen, bei denen verschiedene Stadien (akut, subakut und chronisch) möglich sind, ist die Chronifizierung eindeutig zu dokumentieren. Es sind alle Diagnosen zu dokumentieren, die zum jeweils vorliegenden klinischen Bild gehören. Die alleinige Dokumentation von Befunden/Symptomen, äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität oder Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ist nicht zur Belegung einer chronischen Erkrankung ausreichend.

<sup>1</sup> <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/zusatz-04-anleitung-zur-verschlueselung.htm>

- (5) Ein Praxis-Patienten-Kontakt (PPK) wird wie nachfolgend definiert:
- a) ein PPK beschreibt die Interaktion eines HAUSARZTES oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur hausärztlichen Versorgung des Patienten
  - b) Der PPK kann auch im Wege der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen. Eine Diagnosestellung kann nur durch den Arzt erfolgen
  - c) Ein Ausschluss der Delegation ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren

#### **IV. 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 § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG / MVZ ist nicht möglich.

#### **V. 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.

#### **VI. 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.

## § 5

### Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband/MEDI e.V.

Der Hausärzteverband/MEDI e.V. ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe, einschließlich der Verarbeitung der Abrechnungsdaten und als Zahlstelle. Änderungen betreffend der für die Abrechnungsdatenverarbeitung vom Hausärzteverband beauftragten Stelle im Sinne von § 295a Abs. 2 SGB V, derzeit die HÄVG, teilt der Hausärzteverband dem HAUSARZT und der Krankenkasse spätestens einen Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (3) Der Hausärzteverband/MEDI e.V. versenden 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.
- (4) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband/MEDI e.V. 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 in der HÄVG. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband/MEDI e.V. berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (5) Der Hausärzteverband/MEDI e.V. ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.
- (6) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband/MEDI e.V. die Abrechnungsdatei. Bei

Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband/MEDI e.V. 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.

- (7) Der Hausärzteverband/MEDI e.V. 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** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.
- (8) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes/MEDI e.V. unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband/MEDI e.V. etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge binnen zwei Monaten nach Zugang mitzuteilen.
- (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzteverband/MEDI e.V. im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der Hausärzteverband/MEDI e.V. 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.

## § 6

### Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband/MEDI e.V. der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband/MEDI e.V. bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung der in § 4 dieser Anlage genannten HÄVG (§ 295 a Abs.2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X). 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 Hausärzterverband/MEDI e.V. 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 Hausärzterverband/MEDI e.V. benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzterverband/MEDI e.V. 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.

## § 7

### Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzterverband/MEDI e.V. und die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hin-

blick 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 Hausärzterverband/MEDI e.V. 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, 12 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**

### **Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzterverband**

- (1) Der Hausärzteverband/MEDI e.V. 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/MEDI e.V. 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 dem Hausärzteverband/MEDI e.V. verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarzahlung nach § 13 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 15 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband/MEDI e.V. ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessener 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.

## § 9

### Anhänge

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

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Anhang 1 zu Anlage 3:</b> | Leistungsbeschreibung gemäß HZV- Ziffernkranz, |
| <b>Anhang 2 zu Anlage 3:</b> | entfällt                                       |
| <b>Anhang 3 zu Anlage 3:</b> | Zuschlag Rationale Pharmakotherapie            |
| <b>Anhang 4 zu Anlage 3:</b> | VERAH-Zuschlag                                 |
| <b>Anhang 5 zu Anlage 3:</b> | entfällt                                       |
| <b>Anhang 6 zu Anlage 3:</b> | Klimaresiliente Versorgung                     |
| <b>Anhang 7 zu Anlage 3:</b> | Zuschlag für digitale Anwendungen              |
| <b>Anhang 8 zu Anlage 3:</b> | Präventionsleistung PSA-Screening              |