

Anlage 3 – HZV-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
Pauschalen			
P1 Infrastruktur- pauschale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen gemäß §§ 3, 4 des HZV-Vertrages ▪ Insbesondere Vorhalten der Online-Infrastruktur ▪ Erfüllung der besonderen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß der Anlage 2 des HZV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P1 wird anteilig 1x pro Abrechnungsquartal ausbezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HZV-Versichertenverzeichnis gemäß § 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages zugrunde gelegt. ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES / Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 5 des HZV-Vertrages) oder des HZV-Versicherten aus der HZV, erhält der HAUSARZT letztmalig die P1 in dem Abrechnungsquartal in dem der Versicherte den HAUSARZT gewechselt hat bzw. der 	28,00 EUR

		<p>HAUSARZT am HZV-Vertrag teilgenommen hat.</p> <p>Für den neu gewählten HAUSARZT beginnt mit dem auf das Abrechnungsquartal in dem der Wechsel erfolgt ist folgendem Abrechnungsquartal ein neues Versichertenteilnahmejahr.</p> <p>Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet</p>	
<p>P2 Behandlungspauschale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ und „Modul Geriatrie“ 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 § 6 Abs. 2 und 3 des HZV-Vertrages 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	44,00 EUR
<p>P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung chronisch kranker Patienten mit kontinuierlichem Betreuungsaufwand</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten (Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand) abgestimmte, die unter P2 genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung. ▪ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal <p>Voraussetzung: Nur für chronisch kranke Patienten. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor. 	25,00 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ 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. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<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 („Vertreterarzt“) vergütet 	44,00 EUR
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale 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 	20,00 EUR
Zuschläge			
Z1 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr), sofern die in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	3,00 EUR

<p>Z2 VERAH-Zuschlag auf P3</p>	<p>Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr) ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>7,00 EUR</p>
<p>Z3 Impf-Zuschlag</p>	<p>Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impf-Ziffer 89111</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 (Auszahlung anteilig 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Impf-Zuschlag wird auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten (Alter: ab 60 Jahre) die in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 näher geregelte Impfquote erreicht. ▪ Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte. 	<p>2,00 EUR</p>
	<p>Zweite MMR (Masern, Mumps, Röteln) gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Imp fziffer 89301 B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 (Auszahlung anteilig 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Impf-Zuschlag wird auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten der entsprechenden Altersgruppe die in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 näher geregelte Impf-Quote erreicht. ▪ Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte. 	<p>2,00 EUR</p>
<p>Z4 Psychosomatik-Zuschlag auf P1</p>	<p>Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gemäß EBM vgl. Anhang 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 (Auszahlung anteilig 4x pro Versicherungsteilnahmejahr) ▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzterverband per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag er- 	<p>7,00 EUR</p>

		<p>folgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Z5 Zuschlag Palliativ- behandlung	Behandlung eines Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen Palliativpatienten handelt ▪ Der Zuschlag wird automatisch aufgrund der an die HÄVG übermittelten Diagnose generiert ▪ Nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält ▪ Max. 5 x pro HZV-Versicherten <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5 G ▪ mind. ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	145,00 EUR
Einzelleistungen			
01410 Besuch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 01410-01412, 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 (Regelbesuch) 		30,00 EUR

<p>01413 Mitbesuch</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder Pflegeheim ▪ Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413, 01414 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Tag ▪ Nicht am selben Tag wie Besuch abrechenbar 	<p>12,00 EUR</p>
<p>1417 Besuch durch VERAH</p>	<p>Besuch einer VERAH bei einem Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand gemäß P3 sowie für die Betreuung von geriatrischen Patienten gemäß Leistung 3250 und Palliativpatienten gemäß Z5</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>20,00 EUR</p>
<p>01732 / 01732B Gesundheitsunter- suchung</p>	<p>Erweiterte Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM und Anlage 2 des HZV-Vertrages): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie.</p> <p>Bei Bedarf kann die Gesundheitsuntersuchung fakultativ um die nachfolgenden Werte erweitert werden: GOT-Bestimmung, GPT-Bestimmung, GLDH-Bestimmung, Harnsäure und Thyrotropin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsuntersuchung max. 1x in zwei Kalenderjahren bei HZV-Versicherten ab 35 Jahren abrechenbar (01732) ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Bei Erbringung der einmaligen GU bei Patienten im Alter zwischen 18 und 34 Jahren ist die 01732B abrechenbar 	<p>39,00 EUR</p>
<p>01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I</p>	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	<p>25,00 EUR</p>

	Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr		
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	40,00 EUR
01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01611)		38,00 EUR
02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	8,00 EUR
02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	16,00 EUR
02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden * 	30,00 EUR

<p>03240 Hausärztlich-geriatrisches Basis-assessment</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03240)</p>	<p>Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr</p>	<p>17,00 EUR</p>
<p>03321 Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03321)</p>		<p>26,00 EUR</p>
<p>33012 Schilddrüsen-Sonographie</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33012)</p>		<p>11,00 EUR</p>
<p>33042 Abdominelle Sonographie</p>	<p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33042)</p>	<p>Max. 2 x pro Quartal</p>	<p>21,00 EUR</p>
<p>Kindervorsorge</p>	<p>Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1</p>	<p>HAUSÄRZTE können die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1 für bei ihnen eingeschriebene Patienten selbst erbringen und abrechnen oder bei einem an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt erbringen lassen. Die Untersuchung durch einen Kinder- und Jugendarzt per Zielauftrag beinhaltet einen Arztbrief an den HAUSARZT. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.</p>	<p>45,00 EUR / Untersuchung</p>
<p>3101 Einsatz von arriba</p>	<p>Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 8 zu dieser Anlage 3 aufgeführten arriba-Module</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 8 zu dieser Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen arriba Module per Selbstauskunft ▪ Absolvierung einer arriba-Schulung ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>

Versorgungsmodul „Früherkennung“ - Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes			
<p>3001 LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)</p>	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“.</p> <p>Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben.</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ Nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3001N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>3001N LUTS - Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie.</p> <p>Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue.</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g.Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS ▪ Nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (3001) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>3002 Diabetische Neuropathie</p>	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“.</p> <p>Eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament).</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose E1*.4- und/oder G59.0, G63.2,G99.0*.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ Nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3002N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>3002N Diab. Neuropathie -</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal 	<p>15,00 EUR</p>

<p>Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</p>	<p>Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie.</p> <p>Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue.</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose G59.0, G63.2 oder G99.0* und E1*.4- oder E1*.7-.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie ▪ Nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie abrechenbar (3002) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>Versorgungsmodul „COPD-Screening“</p>			
<p>03330A COPD-Screening</p>	<p>Ausführliche Anamnese bei Vorliegen der Risikofaktoren für die Entwicklung einer COPD ohne bekannte COPD-Diagnose und Durchführung einer Spirometrie.</p> <p>Untersuchungsergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FEV1/FVC-Wert <u>oberhalb von 70 %</u>: Patientengespräch gemäß § 4 Abs. 2 des Anhang 5 zu Anlage 3 ▪ FEV1/FVC-Wert <u>unterhalb von 70 %</u>: Diagnosestellung, krankheitsorientiertes intensives Patientengespräch gemäß § 4 Abs. 3-4 des Anhangs 5 zu Anlage 3 und ggf. Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) COPD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max.1 x pro Kalenderjahr ▪ Max. 1x pro HZV-Versicherten mit anschließend gesicherter COPD-Erkrankung <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Versicherten ab 35 Jahren abrechenbar, ohne bekannte gesicherte COPD-Erkrankung ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>17,50 EUR</p>
<p>03330B COPD-Weiterbehandlung</p>	<p>Hausärztliche Weiterbetreuung bei med. Notwendigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung und Bewertung des Krankheitsverlaufs. ▪ Anleitung zum Umgang mit chronischen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesicherte COPD-Erkrankung gemäß § 4 Abs. 3 des Anhang 5 zu Anlage 3. ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	<p>10,00 EUR</p>

	<p>Erkrankungen durch das Hausarztpraxisteam.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankheitsorientiertes intensives Patientengespräch gemäß § 4 Abs. 4 des Anhangs 5 zu Anlage 3. ▪ Bei med. Notwendigkeit Überweisung an eine Fachärztin/einen Facharzt. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Versorgungsmodul „Geriatric“			
<p>3250 Ambulante geriatriche Betreuung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialmedizinische Anamnese mit Prüfung Pflegegrad, GdB etc. ▪ Syndrombezogene geriatriche Anamnese / Untersuchung bzw. geriatricher Erhebungsbogen ▪ Erfassung der Belastung der pflegenden Angehörigen mit einem strukturierten Fragenkatalog bzw. im QM hinterlegtem Vorgehen „Primäre & Sekundäre Prävention“ / Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ ▪ Erst-Verordnung der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege durch HAUSÄRZTE. ▪ Strukturiertes Poly-medikationsmanagement ▪ Feststellung des geriatricher Behandlungsbedarfs ▪ Festlegung von geriatricher Behandlungszielen und des Behandlungsplans ▪ Hausärztliche Vorausplanung: Bewertung der geriatricher Syndrome im Zusammenhang 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Abrechnung eines Besuchs durch HAUSARZT oder VERAH (01410, 01413, 1417) im selben oder vorherigen Quartal ▪ Ab vollendetem 70. Lebensjahr ▪ Qualifikation „Geriatriche Versorgungsstrukturen in der HZV“ gemäß Anhang 9 zur Anlage 3 liegt vor und wurde gegenüber der HÄVG per Selbstauskunft nachgewiesen ▪ Dokumentation „Geriatriche Basisassessment“ 03240 mind. im gleichen bzw. vorherigen Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung: Bei Patienten mit mind. einem der folgenden Krankheitsbildern:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demenz-, Alzheimer-, Parkinsonerkrankung ▪ Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit ▪ Hirnorganische Wesensveränderung ▪ Hirnblutung oder Apoplex ▪ Myokardinfarkt ▪ Multiple Sklerose ▪ Schwindel, Schwindelsyndrom ▪ Gehbeschwerde ▪ Sturzneigung 	<p>50,00 EUR</p>

	<p>mit Kontextfaktoren-analyse Klärung Vorhandensein Pflegegrad, ggf. Einbindung Pflegedienst, ggf. Aufnahme in Hausbesuchsetting, Klärung Patientenverfügung, Vermeidung Hospitalisierung, ggf. SAPV, Vorsorgevollmachten, Berücksichtigung auch nichtmedikamentöser Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlungen / Verordnung / Einleitung zur „Therapieplanung“: medikamentöse Therapie (Heilmittel, Hilfsmitteln, rehabilitative geriatrische Maßnahmen) oder weiterführende Diagnostik bei Fachärzten (Neurologie, Nephrologie, HNO) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ chron. Schmerzsyndrom ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
<p>3251 Telefon-/Videofall-konferenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefon-/Videofallkonferenz unmittelbar vor einem Wochenende oder Feiertag mit Pflegepersonal oder Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 12 x pro Quartal ▪ Abrechnung Ambulante geriatrische Betreuung (3250) im aktuellen oder in den letzten 3 Quartalen ▪ Ab vollendetem 70. Lebensjahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“ liegt vor gemäß Anhang 9 zur Anlage 3 und wurde gegenüber der HÄVG per Selbstauskunft nachgewiesen ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>30,00 EUR</p>
<p>Z6 Zuschlag auf Besuch eines geriatrischen Patienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besuch eines geriatrischen Patienten ▪ Sozialmedizinische pflegerische Einschätzung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung eines Besuches durch HAUSARZT oder VERAH mit per Selbstauskunft an HÄVG gemeldeter Qualifikation 	<p>15,00 EUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung Sturzprophylaxe ▪ Überprüfung Hilfsmittel ▪ Überprüfung Pflegebedürftigkeit ▪ Überprüfung Impfstatus ▪ Koordination zwischen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angehörigen ▪ Ärzten und Patienten ▪ Pflegediensten ▪ Apotheken ▪ Wundmanagern ▪ SAPV ▪ Sanitätshäusern ▪ Stoma-Therapeuten ▪ Therapieempfehlung ▪ Ärztliche Abstimmung ▪ Weitergabe der ärztlichen Therapieempfehlung ▪ Entlassmanagement <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung ▪ Diagnosen ▪ Entlassmedikation ▪ Hilfsmittel ▪ Heilmittel ▪ Klärung Hausärztliche Verordnung ▪ Klärung Labor ▪ Klärung weitere Hausbesuche durch VERAH/Arzt-Ärztin 	<p>„Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“ gemäß Anhang 9 zur Anlage 3 (01410, 01413, 1417)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ab vollendetem 70. Lebensjahr ▪ Abrechnung Ambulante geriatrische Betreuung (3250) im aktuellen oder in den letzten 3 Quartalen <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifikation „Geriatrische Versorgungsstrukturen in der HZV“ gemäß Anhang 9 zur Anlage 3 liegt vor und wurde gegenüber der HÄVG per Selbstauskunft nachgewiesen ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
--	--	--	--

* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszell-nävussyndrom (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 in einem Vertretungsfall gem. § 32 Abs. 1 S.2 Ärzte-ZV, 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 IKK 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 Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).

§ 2 Laufzeit

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 3** nebst Anhängen tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2025 in Kraft und gilt zunächst bis zum 30. September 2026 (§ 11 Abs. 6 des HZV-Vertrages).

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen 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 der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu EBM-Änderungen im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach Anhang 1 zu dieser Anlage 3, soweit die IKK und der Hausärzteverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Bei Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen welche die Höhe der Vertragsärztlichen Gesamtvergütung beeinflussen, entscheiden die IKK und der Hausärzteverband gemeinsam im Wege von Vergütungsverhandlungen über die zukünftige Berücksichtigung der neuen EBM-Gebührenordnungspositionen im Rahmen

der HZV-Vergütung. Bis zu einer Einigung werden diese Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

II. Dokumentation

Der HAUSARZT ist im Rahmen der Dokumentation seiner ärztlichen Leistungen dazu verpflichtet sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 b) des HZV-Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig 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, von der HZV erfassten Leistungen abgedeckt.
- (2) 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 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 EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß Anlage 3 abgegolten.
- (3) Alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes gemäß **Anhang 1** dieser **Anlage 3** sind mit den Regelungen des § 1 dieser **Anlage 3** abgegolten. Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem EBM-Ziffernkranz nach **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.

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 § 13 Abs. 2 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 IKK und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der HZV-Abrechnung zu dokumentieren.

§ 4

Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das vom Hausärzteverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit die HÄVG.

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 IKK spätestens 1 Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

-
- (2) Der Hausärzteverband stellt dem HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (Informationsbrief Patiententeilnahmestatus) zur Verfügung. Diese Information erfolgt auf Basis des von der Krankenkasse gemäß § 10 Abs. 2 des HZV-Vertrages übermittelten HZV-Versichertenverzeichnisses.
 - (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 bei der HÄVG. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der IKK 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 § 6 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 IKK innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der IKK überprüft der Hausärzteverband die Testabrechnung bzw. die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet den Teil der Testabrechnung bzw. der Abrechnungsdatei zu korrigieren, der von einer Beanstandung der IKK im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie der Abrechnungsrüge betroffen ist, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 6 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
 - (6) Der Hausärzteverband prüft den Betrag aller von der IKK erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 7 dieser **Anlage 3** und stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der IKK einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“) online unter www.arztportal.net zum Download bereit. Die Bereitstellung des Abrechnungsnachweises kann auch in Papierform erfolgen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HZV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungspauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 6 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.

-
- (7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den bereitgestellten Abrechnungsnachweis 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 IKK 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 IKK bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern er dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 6 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 5

Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der IKK

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der IKK eine Abrechnungsdatei ("**Abrechnungsdatei**") als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung der in § 4 dieser Anlage genannten HÄVG (§ 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 § 11 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 11 Abs. 3 des HZV-Vertrages aus.
- (2) Die IKK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen ("**Prüffrist**"), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die IKK der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der 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 Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die IKK innerhalb einer Zah-

lungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Abs. 4 bleibt unberührt.

- b) Erfolgt innerhalb der Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die IKK 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 Zahlungen).
- (3) Die IKK hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der IKK schriftlich mitteilen.
- (4) Die IKK leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 11 Abs. 3 des HZV-Vertrages. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für Q1: 1. Februar, 1. März, 1. April; z.B. für Q2: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.). Die Summe der Abschlagszahlungen je Versicherten beträgt 162,00 EUR je Versichertenteilnahmejahr verteilt auf 12 Abschlagszahlungen (3 Abschlagszahlungen je Quartal). Der Hausärzteverband ist berechtigt, die Höhe der Abschlagszahlungen je Versicherten während eines Versichertenteilnahmejahres quartalsweise anzupassen. Hierbei darf die Summe der Abschlagszahlungen von 162,00 EUR je Versicherten im Versichertenteilnahmejahr insgesamt nicht überschritten werden. Die IKK wird über die Anpassungen jeweils informiert.
- (5) Die IKK kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 3 Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 6 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Hausärzteverband und IKK prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 11 bis 13 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;

-
- b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der vom Hausärzteverband an die IKK zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i.V.m. 1 b SGB V übermittelten Daten.
 - (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
 - (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 13 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
 - (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 11 Abs. 6 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 IKK 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 IKK erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3**.
- (2) Die HÄVG ist berechtigt und verpflichtet, die von der IKK erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 14 Abs. 3 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 15 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der IKK 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 IKK 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 § 13 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:** Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag
- Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag
- Anhang 4 zu Anlage 3:** Impfquote
- Anhang 5 zu Anlage 3:** Versorgungsmodul COPD-Screening
- Anhang 6 zu Anlage 3:** Versorgungsmodul „Früherkennung“
- Anhang 7 zu Anlage 3:** Rückforderungsmanagement
- Anhang 8 zu Anlage 3:** Shared-Decision-Making
- Anhang 9 zu Anlage 3:** Fortbildung zum Versorgungsmodul „Geriatric“