

§ 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			
P1a Kontaktunabhängige Grundpauschale (Mitglied*)	Leistungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages Leistungsinhalt der P2a und P2b im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres ist von der P1a umfasst	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Versichertenteilnahmejahr • P1a wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versichertenteilnahmequartals in voller Höhe ausgezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HzV-Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HzV-Vertrages zugrunde gelegt • Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HzV-Versicherten war, 5,00 EUR von der P1a abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahmejahr, in 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 	60,00 EUR

*Versicherte und Familienmitglieder

		<p>nicht mehr Betreuarzt war, ein Betrag von 15,00 EUR von der P1a abgezogen</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur für Versicherte die zum 1. des jeweils ersten Versicherungsteilnahmequartals eines Versicherungsteilnahmejahres den Status „Mitglied/Familienversicherter“ tragen • Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet. 	
<p>P1b Kontaktunabhängige Grundpauschale (Altenteiler**)</p>	<p>Leistungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages Leistungsinhalt der P2a und P2b im ersten Kontaktquartal des Versicherungsteilnahmejahres ist von der P1b umfasst</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Versicherungsteilnahmejahr • P1b wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versicherungsteilnahmequartals in voller Höhe ausgezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HzV-Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HzV-Vertrages zugrunde gelegt • Erfolgt vor Ablauf des Versicherungsteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versicherungsteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HzV-Versicherten war, 6,25 EUR von der P1b abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versicherungsteilnahmejahr, in 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 17,50 EUR von der P1b abgezogen <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur für Versicherte die zum 1. des jeweils ersten Versicherungsteilnahmequartals eines Versicherungsteilnahmejahres den Status „Altenteiler“ tragen • Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet 	<p>70,00 EUR</p>

**Rentner oder Frührentner, unabhängig vom Alter

<p>P2a Kontaktabhängige Behandlungspauschale (Mitglied*)</p>	<p>Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HzV-Vertrages</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal • Max. 3 x pro Versicherterteilnahmejahr • Im ersten Versicherterteilnahmequartal eines Versicherten- teilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten- Kontakte stattfinden, wird die P2a nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 a abgedeckt ist <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur für Versicherte die zum 1. des Quartals den Status „Mitglied/Familien-versicherter“ tragen mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versicherterteilnahmejahres • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>40,00 EUR</p>
<p>P2b Kontaktabhängige Behandlungspauschale (Altenteiler**)</p>	<p>Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HzV-Vertrages</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal • Max. 3 x pro Versicherterteilnahmejahr • Im ersten Versicherterteilnahmequartal eines Versicherten- teilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten- Kontakte stattfinden, wird die P2b nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 b abgedeckt ist <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur für Versicherte die zum 1. des Quartals, den Status „Altenteiler“ tragen mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versicherterteilnahmejahres • Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>45,00 EUR</p>
<p>P3 Zuschlag für chronisch kranke Patienten</p>	<p>Betreuung von chronisch kranken Patienten gemäß der Definition des G-BA Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten abgestimmte, die unter P2a und P2b genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal • Max. 4 x pro Versicherterteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur für chronisch kranke Patienten gemäß der Definition des G-BA mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>30,00 EUR</p>

*Versicherte und Familienmitglieder

** Rentner und Frührentner, unabhängig vom Alter

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 Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet. 	40,00 EUR
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Bef und Übermittlung	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar • Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	17,50 EUR
P5 Pflegeheimpauschale	Förderung des Besuchs durch den Hausarzt in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal.	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal • Max. 4 x pro Versicherten-Teilnahmejahr • Nur für den Betreuerarzt abrechenbar • P5 ist einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durch den Hausarzt abrechenbar, sofern ein Hausarzt-Patient-Kontakt in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen vorliegt. • Die Anschrift der jeweiligen Einrichtung ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren, wird jedoch nicht an die Vertragspartner übermittelt. • Die Leistungen PP1, PP2 und PP3 sind nicht im gleichen Leistungsquartal neben der P5 abrechenbar 	25,00 EUR
Zuschläge			
Sonografie-Zuschlag auf P1a und P1b	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ (GOP 33012, 33042, 33043, 33051, 33052, 33081 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P1a bzw. P1b Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • Der Hausarzt muss dem Hausärzterverband und MEDI 	08,00 EUR

		<p>e.V. per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	
Kleine Chirurgie-Zuschlag auf P1a und P1b	Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ (GOP 02300, 02301, 02302 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P1a bzw. P1b <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Hausarzt muss dem Hausärzterverband und MEDI e.V per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal. • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	05,00 EUR
Psychosomatik-Zuschlag auf P1a und P1b	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100, 35110 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P1a bzw. P1b <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Hausarzt muss dem Hausärzterverband und MEDI e.V. per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal • Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	06,00 EUR
Check-up-Zuschlag auf P1a und P1b	Jährliche Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3), erweitert um folgende Leistungen: Bestimmung von HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Gamma-GT, Hämoglobin (GOP 32061, 32062, 32038, 32071 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P1a bzw. P1b <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Hausarzt muss bei den HzV-Versicherten (Alter: ab 35 Jahre) die in Anhang 2 näher geregelte Check-up-Quote erreichen • Wird nur dem Betreuarzt vergütet • Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte 	02,00 EUR
	Kindervorsorgeuntersuchungen U7, U8, U9, J1	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P1a <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Hausarzt muss bei den HzV-Versicherten der jeweiligen Altersgruppe die in Anhang 2 näher geregelte Vorsorge-Quote erreichen 	02,00 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt vergütet • Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte 	
Impf-Zuschlag auf P1a und P1b	Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impf-Ziffer 89111	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P1a bzw. P1b Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • Der Hausarzt muss bei den HzV-Versicherten (Alter: ab 60 Jahre) die in Anhang 2 näher geregelte Impf-Quote erreichen • Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte 	03,00 EUR
	Zweite MMR (Masern, Mumps, Röteln) gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Imp fziffer 89301 B.	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P1a Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • Der Hausarzt muss bei den HzV-Versicherten der entsprechenden Altersgruppe die in Anhang 2 näher geregelte Impf-Quote erreichen • Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte. 	03,00 EUR
VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr) • Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 geregelt Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH • Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	05,00 EUR
Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2a und P2b	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P2a bzw. P2b (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr), sofern die in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	04,00 EUR

<p>Zuschlag bei rückwirkender Beendigung von HAUSÄRZTEN</p>	<p>Versorgung von fremden HZV-Versicherten, die bei einem anderen HAUSARZT eingeschrieben sind, dessen Teilnahme an der HzV rückwirkend beendet wurde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Zuschlag wird max. für 2 Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der HZV-Versicherte in diesem Zeitraum auf eine Pseudo-LANR eingeschrieben ist, eine Vertreterpauschale für diesen HZV-Versicherten abgerechnet wurde und dieser im Folgequartal auf den Vertreterarzt eingeschrieben wird 	<p>15,00 EUR/ Quartal</p>
<p>Zuschlag Palliativbehandlung</p>	<p>Behandlung eines Palliativpatienten gemäß Leistungslegende EBM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen Palliativpatienten handelt • max. 5 x pro HZV-Versicherten • nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5 G i.V.m. Definition Vereinbarung Palliativversorgung nach § 87 Absatz 1b SGB V • mind. 1 Arzt- Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal. 	<p>120,00 EUR/ Quartal</p>
<p>Versorgungsmodul Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen</p>			
<p>Pauschalen</p>			
<p>Quartalspauschale PP1</p>	<p>Kontaktabhängige Quartalspauschale je Versicherten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PP1 wird einmal pro Quartal je HZV-Versicherten, der die Leistungen dieses Versorgungsmoduls im entsprechenden Quartal in Anspruch nimmt, vergütet und beinhaltet dessen engmaschige, hausärztliche Betreuung insbesondere durch persönliche Besuche in der Heimeinrichtung. Die PP1 wird dem Betreuarzt automatisch vergütet, wenn mindestens eine PP2 (Behandlungspauschale für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen) abgerechnet wurde • Die Leistung PP1 ist nicht im gleichen Leistungsquartal neben der P5 abrechenbar. 	<p>55,00.EUR / Quartal</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte PP1, wenn in der HZV zusätzlich zur P3 der VERAH-Zuschlag vergütet wird. 	60,00.EUR / Quartal
Behandlungspauschale PP2	Kontaktabhängige Behandlungspauschale auf PP1	<ul style="list-style-type: none"> • PP2 kann maximal einmal am Tag zusätzlich zur PP1 vergütet werden, wenn ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt bzw. ein den Patienten betreffender -Kontakt mit der Heimeinrichtung stattfindet • Die Leistung PP2 ist nicht im gleichen Leistungsquartal neben der P5 abrechenbar. 	15,00 EUR
Einzelleistung PP3	Wechseln/Entfernen eines suprapubischen Harnblasenkatheters	<ul style="list-style-type: none"> • Wechseln/Entfernen eines suprapubischen Harnblasenkatheters. Mehrfach pro Quartal und Tag abrechenbar. • Die Leistung PP3 ist nicht im gleichen Leistungsquartal neben der P5 abrechenbar. 	20,00 EUR
Einzelleistungen			
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	25,00 EUR
01101 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	<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

<p>Krebsfrüherkennungs-untersuchung</p>	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht. 	<p>20,00 EUR pro Leistung</p>
	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) gemäß Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht. ▪ Auffällige bzw. zu beobachtende Befunde sind zu dokumentieren. ▪ Wird hierfür ein Dermatoskop verwendet, ist dies mit der Pauschale abgegolten und kann dem Versicherten nicht (zusätzlich) in Rechnung gestellt werden. 	<p>25,00 EUR pro Leistung</p>
<p>P3a</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daneben können diabetologisch besonders qualifizierte HAUSÄRZTE gemäß der Ebene 2 des DMP-Vertrages Diabetes Typ II bzw. des DMP-Vertrages Diabetes Typ I im Fall der Mitbehandlung im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der RSAV einen Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Menschen als Pauschale P3a zusätzlich abrechnen. ▪ Dieser P3a-Zuschlag ist gesondert in der HzV-Abrechnung zu dokumentieren. 	<p>25,00 EUR pro Quartal</p>
<p>Kindervorsorge</p>	<p>Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärzte können die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9 für bei ihnen eingeschriebene Patienten bei einem an der HzV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt erbringen lassen. Dessen Honoraranspruch wird in gleicher Höhe mit dem jeweils fälligen Honoraranspruch des überweisenden Hausarztes verrechnet. Die Untersuchung durch einen Kinder- und Jugendarzt per Zielauftrag beinhaltet einen Arztbrief an den Hausarzt. Erbringt der Betreuer diese Leistung selbst, so 	<p>30,00 EUR</p>

		<p>ist sie in der Pauschale enthalten und wird nicht als Einzelleistung vergütet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht. 	
<p>Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin-K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie) 56092</p>	<p>Hausärztliche Betreuung bei dauerhafter Durchführung der VKA-Therapie gemäß Anhang 5 zu dieser Anlage 3.</p> <p>Insbesondere Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen, Ernährungsberatung (Vitamin K), Laboruntersuchungen, Führen des Passes, Terminmanagement, und Einwirken auf die Adhärenz des Patienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung einer VKA-Therapie mit mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Mindestens eine der in Anhang 5 zu Anlage 3 aufgeführten Diagnosen muss vorliegen und dokumentiert werden ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nicht abrechenbar bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung. 	30,00 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.
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 Hausärzterverband und MEDI e.V.). Bei einem durch die LKK 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)	<p>Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander <p>zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.</p>

	Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).
--	--

§ 2 Laufzeit

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 3** nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2024 (§ 10 Abs. 6 des HzV-Vertrages)

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie Zuschläge 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 § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach Anhang 1 zu dieser **Anlage 3**, soweit die LKK und der Hausärzterverband und MEDI e.V. keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 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 Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (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, von der HzV erfassten Leistungen abgedeckt.
- (2) Der Hausarzt ist verpflichtet, für die eingeschriebenen Versicherten, 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. Kann ein Hausarzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen Hausarzt erfolgen.
- (3) 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 § 11a 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 LKK 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.

VII. Zuschlag auf die Vertreterpauschale bei rückwirkender Teilnahmebeendigung des HAUSARZTES

HzV-Versicherte, die bei einem HAUSARZT eingeschrieben sind, dessen Teilnahme an der HzV rückwirkend zum Quartalsbeginn beendet wird, werden einer Pseudo-LANR zugeordnet. Im Übrigen gelten die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen:

- (1) Die Zuordnung eines HzV-Versicherten zu der sogenannten Pseudo-LANR darf grundsätzlich maximal 2 Quartale andauern.
- (2) In diesem Zeitraum abgerechnete Vertreterpauschalen (VP) von anderen HAUSÄRZTEN werden um 15,00 EUR auf 35,00 EUR angehoben. Voraussetzung ist das Vorliegen folgender Konstellation: HzV-Versicherter + Zuordnung des Versicherten auf die Pseudo-LANR + Abrechnung einer VP durch den HAUSARZT und Einschreibung des Versicherten auf den Vertreterarzt.
- (3) Die mit der KVBW abgestimmte Pseudo-LANR lautet: 9999997
- (4) Die mit der KVBW abgestimmte Pseudo-BSNR lautet: 550000000

§ 4 Praxisgebühr

Praxisgebühren entfallen zum 01.01.2013.

§ 5 Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband und MEDI e.V.

- (1) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des Hausarztes nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von dem Hausärzteverband und MEDI e.V. hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG
Edmund-Rumpler-Str. 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 57561110

Das Rechenzentrum betreffende Änderungen teilen der Hausärzteverband und MEDI e.V. der LKK und dem Hausarzt spätestens 1 Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (2) Der Hausärzteverband und 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 § 9 Abs. 2 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 und 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 beim Hausärzteverband und MEDI e.V.. Bei verspäteter Übermittlung sind der Hausärzteverband und MEDI e.V. berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der LKK (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. prüfen 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.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HzV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellen der Hausärzteverband und MEDI e.V. die Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der LKK innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der LKK überprüfen der Hausärzteverband und MEDI e.V. die Testabrechnung bzw. die Abrechnungsdatei erneut. Sie sind verpflichtet den Teil der Testabrechnung bzw. der Abrechnungsdatei zu korrigieren, der von einer Beanstandung der LKK im Sinne des vorstehenden Satzes sowie der Abrechnungsrüge betroffen ist, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht. Erfolgt innerhalb der LKK-Prüffrist keine Rüge, übermitteln der Hausärzteverband und MEDI e.V. der LKK den sich aus der LKK-Abrechnung ergebenden HzV-Vergütungsanspruch der HAUSÄRZTE (HzV-Auszahlungsdatei). Der Hausärzteverband und MEDI e.V. stellen der LKK den HzV-Vergütungsanspruch in Rechnung (LKK-Rechnung).

- (6) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. prüfen den Betrag aller von der LKK erhaltenen Zahlungen (§ 6 Abs. 2 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 7 dieser **Anlage 3** und übersenden dem Hausarzt nach Erhalt der Zahlung von der LKK einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungspauschale, die einbehaltene Praxisgebühr sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband und MEDI e.V. etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der LKK hinausgehender Ansprüche des Hausarztes werden sich der Hausärzteverband und MEDI e.V. im Benehmen mit dem Hausarzt um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der LKK bemühen. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des Hausarztes verpflichtet, sofern sie dem Hausarzt nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt haben, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 6

Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der LKK

- (1) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. übersenden nach ihrer Abrechnungsprüfung eine Testabrechnung („**Testabrechnung**“) an die LKK. Erfolgt innerhalb von 5 Arbeitstagen (Montag bis Freitag) keine Rüge durch die LKK („**LKK-Testprüfungsfrist**“) übersenden der Hausärzteverband und MEDI e.V. die Endabrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) sowie einen entsprechenden Rechnungsbrief an die LKK.
- (2) Die LKK ist innerhalb einer Zahlungsfrist von 10 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) ab Zugang des Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei und im Rechnungsbrief genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Werktagen (Montag bis Freitag) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird.
- (3) Erfolgt innerhalb der LKK-Testprüfungsfrist eine berechnete Beanstandung, d.h. entspricht die Testabrechnung ganz oder in Teilen nicht den Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3**, werden der Hausärzteverband und MEDI e.V. eine korrigierte Testabrechnung an die LKK zur erneuten Testprüfung übermitteln. Die weitere Vorgehensweise erfolgt gemäß Abs. 1, Satz 2.
- (4) Die LKK leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 15,00 EUR pro bei dem Hausarzt in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HzV-Versicherten. 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.).
- (5) Die LKK hat eine Prüffrist von 3 Jahren („**LKK-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei insbesondere gemäß den in § 7 dieser **Anlage 3** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft und gegebenenfalls rügen kann. Ist die LKK der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei 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 und MEDI

e.V. innerhalb der LKK-Prüffrist schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („Abrechnungsrüge“). Nach Ablauf der LKK-Prüffrist sind Abrechnungsrügen mit der Folge einer möglichen Verrechnung nach Maßgabe von § 11a Abs. 3 des HzV-Vertrages und dieser **Anlage 3** ausgeschlossen; die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen erfolgt nach Ablauf der LKK-Prüffrist gemäß den gesetzlichen Regelungen.

- (6) Die LKK hat die Zahlung auf das vom Hausärzteverband und MEDI e.V. schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) der HÄVG als Zahlstelle des Hausärzteverbandes und des MEDI e.V. zu leisten.

§ 7 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband, MEDI e.V. und die LKK prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 14 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**;
 - e) Vorliegen vollständiger Informationen zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes gemäß § 4 Abs. 1 b), Abs. 3 dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der vom Hausärzteverband und MEDI e.V. an die LKK zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 iVm. 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 (§ 11a des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 10 Abs. 6 c) des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8

Anhänge

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** LKK HzV-Ziffernkranz
- Anhang 2 zu Anlage 3:** Check-up-/Kindervorsorge- und Impf-Quoten
- Anhang 3 zu Anlage 3:** Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag
- Anhang 4 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag
- Anhang 5 zu Anlage 3:** Aufwandsvergütung in der Vitamin-K-Antagonisten-Therapie
- Anhang 6 zu Anlage 3:** Voraussetzung zur Teilnahme an dem Versorgungsmodul für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen