

## Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

### § 1

#### HZV-Vergütungspositionen

- (1) 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.

- (2) Einzelleistungen, welche gemäß dieser Anlage 3 mit der aktuellen Bewertung nach EBM aufgenommen wurden (z.B. „01731 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Mann“ in der Höhe von 17,18 EUR), werden bei Erhöhungen in ihrer Bewertung im Kollektivvertrag ebenfalls im Rahmen dieser Anlage 3 zum jeweiligen Quartal angepasst.

- (3) Hausärzteverband und Krankenkassen vereinbaren nach Ablauf von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Anlage 3, Gespräche über eine mögliche Anhebung der Vergütung der kontaktabhängigen Grundpauschale P2 und der versichertenbezogenen Obergrenze, gültig frühestens 3 Jahre nach Inkrafttreten der Anlage 3, zu führen.

- (4) Der Hausärzteverband und die Krankenkassen prüfen die Übertragbarkeit von Anpassungen der EBM Leistungen, die von Hausärzten abgerechnet werden können, unmittelbar nach der Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss.

Leistung / Bezeichnung	Vorläu- fige Abr.- Pos. im AIS	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<b>Pauschalen</b>				
<b>Kontaktabhängige Grundpauschale P2</b>	0000	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung</li> </ul>	<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 Abrechnungs- quartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>40,00 EUR</b>
<b>P3 Besondere Betreu- ungspauschale für die Behandlung ei- nes Patienten mit chronischer Er- krankung bei konti- nuierlichem Be- treuungsaufwand</b>	0003	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung</li> <li>▪ Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP</li> <li>▪ Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln sowie Aushändigung des Medikationsplans in einer zum Zeitpunkt gültigen Form an den Patienten oder dessen Bezugsperson sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlucken von</li> </ul>	<p>P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Mindestens ein HAUS- ARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>	<b>25,00 EUR</b>

		<p>Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt.</li> <li>▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention</li> </ul>		
<b>Kontaktabhängige Vertreterpauschale</b>	0004	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 2 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> </ul>	<b>17,50 EUR</b>
<b>Zielauftragspauschale</b>	0005	<p>Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundermittlung</p>	<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> <li>▪ Zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar</li> <li>▪ Jede Einzelleistung max. 1 x pro Quartal zuzüglich 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 vergütet</li> </ul>	<b>12,50 EUR</b>
<b>Modul Leistungen der qualifizierten Versorgungsassistentin „VERAH“</b>				
<b>Zuschlag VERAH auf P3</b>		<p>Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr).</li> <li>▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des</li> </ul>	<b>8,00 EUR</b>

			<p>VERAH-Zuschlages werden im Anhang 4 zu dieser Anlage 3 geregelt.</p> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Quartal</li> </ul>	
<b>Besuch durch VERAH</b>	1417	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß P3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten und Patienten mit geriatrischen oder onkologischen Erkrankungen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Abrechenbar ab dem Quartal, das auf die Zertifizierung der VERAH gem. Anhang 4 dieser Anlage 3 folgt</li> </ul>	<b>17,00 EUR/ Leistung</b>
<b>Einzelleistungen „Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen“</b>				
<b>Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes</b>				
<b>LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)</b>	3001	<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<sup>1</sup> E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x im Kalenderjahr</li> <li>▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3001N)</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>15,00 EUR</b>
<b>Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</b>	3001N	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS</li> <li>▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (3001)</li> </ul>	<b>15,00 EUR</b>

		Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-	<b>Voraussetzung:</b> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
<b>Diabetische Neuropathie</b>	3002	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“  eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament)  Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose <sup>1</sup> E1*.4- und/oder G59.0, G63.2, G99.0-	▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3002N)  <b>Voraussetzung:</b> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	<b>15,00 EUR</b>
<b>Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</b>	3002N	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue  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-	▪ 1 x pro Quartal ▪ 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)  <b>Voraussetzung:</b> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	<b>15,00 EUR</b>
<b>Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie</b>				
<b>pAVK</b>	3003	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“  eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI)  Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose <sup>1</sup> (ICD I70.-)	▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3003N)  <b>Voraussetzung:</b> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	<b>15,00 EUR</b>

<p><b>Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</b></p>	<p>3003N</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7-</li> <li>• bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung pAVK</li> <li>▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung pAVK abrechenbar (3003)</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<p><b>15,00 EUR</b></p>
<p><b>Chronische Nierenkrankheit</b></p>	<p>3004</p>	<p>Untersuchung entsprechend der Praxisempfehlungen der DDG „Nephropathie bei Diabetes“</p> <p>Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen</p> <p>Wiederholung im 2-wöchigen Abstand</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Diagnose<sup>1</sup> N18.-, N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x im Kalenderjahr</li> <li>▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3004N)</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<p><b>15,00 EUR</b></p>
<p><b>Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</b></p>	<p>3004N</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei diabetischer Grunderkrankung N18.-, N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 und E1*.2- oder E1*.7-</li> <li>• bei hypertensiver Grunderkrankung N18.-, N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit</li> <li>▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit abrechenbar (3004)</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<p><b>15,00 EUR</b></p>

<sup>1</sup> Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Diagnose nur, wenn der HAUSARZT diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat.

Modul „Shared-Decision-Making“				
<b>Einsatz eines digitalen Moduls zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making)</b>	3101	Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 7 zur Anlage 3 aufgeführten Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ max. 2x im Kalenderjahr</li> <li>▪ 1x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 7 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung per Selbstauskunft</li> <li>▪ Absolvierung einer Schulung zur Nutzung des Moduls</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ nicht neben der 3101N abrechenbar</li> </ul>	<b>15,00 EUR</b>
<b>Nachsorgekontrolle bei positivem Befund</b>	3101N	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter Einsatz des Shared-Decision-Moduls Depression, soweit die Depression bisher noch nicht bekannt war. Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Depression nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat. Dokumentiert durch eine gesicherte spezifische Depressionsdiagnose F32.0-F32.3, F33.0-F33.4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz der Leistungsziffer 3101 abrechenbar</li> <li>▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz der Leistungsziffer 3101 abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzt-Patienten-Kontakt</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>30,00 EUR</b>
Einzelleistungen „Besondere Inanspruchnahme				
<b>Inanspruchnahme zur Unzeit I</b>	01100	<p>Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (01100 gemäß EBM):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder</li> <li>▪ an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar</li> <li>▪ Kann in begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden</li> <li>▪ Neben 1410 und 1413 abrechenbar</li> </ul>	<b>23,39 EUR</b>

<p><b>Inanspruchnahme zur Unzeit II</b></p>	<p>01101</p>	<p>Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (01101 gemäß EBM):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder</li> <li>▪ an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 7:00 Uhr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar</li> <li>▪ Kann in begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden</li> <li>▪ Neben 1410 und 1413 abrechenbar</li> </ul>	<p><b>37,35 EUR</b></p>
<p><b>Zuschlag für eilige Ausführung eines Besuches</b></p>	<p>1410Z</p>	<p>Zuschlag auf Besuch, wenn dieser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ akut angefordert und am selben Tag ausgeführt wird, auch z.B. während der Sprechstunde</li> <li>▪ Begleitung Krankentransport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag wie 0005 abrechenbar</li> <li>▪ Nicht abrechenbar in Zeiten des durch die KV Bayerns organisierten Bereitschaftsdienstes (Stand 20.04.2013): Freitag 13.00 Uhr bis Montag 8.00 Uhr, Mittwoch 13.00 Uhr bis Donnerstag 8.00 Uhr</li> <li>▪ Am Vorabend eines jeden gesetzlichen Feiertags oder eines „regionalen Feiertags“ 18.00 bis 8.00 Uhr des nächsten Werktags</li> <li>▪ Am 24.12., 31.12. und Faschingsdienstag vom Vorabend 18.00 Uhr bis 8.00 Uhr des nächsten Werktages</li> <li>▪ Maximal abrechenbar in Höhe von 10% der Anzahl abgerechneter Besuche des Betreuers und weiterer Mitglieder der BAG im Quartal. Berechnung erfolgt kassenindividuell</li> </ul>	<p><b>25,00 EUR</b></p>

<b>Modul "Regelhafte Besuchstätigkeit"</b>				
<b>Besuch</b>	1410	<p>Geplante Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben.</p> <p>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).</p>		<b>30,00 EUR</b>
<b>Mitbesuch</b>	1413	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1x pro Tag</li> <li>▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie 0004, 1410 abrechenbar</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>11,00 EUR</b>
<b>Modul „Einzelleistungen Prävention Plus“</b>				
<b>Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebscreening</b>	01732	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb zwei Kalenderjahren</li> <li>▪ Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes</li> <li>▪ Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation</li> <li>▪ Ggf. Umstellung der Medikation auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen</li> <li>▪ Überprüfung des Impfstatus einschl. der Organisation der Durchführung von fehlenden Impfungen</li> <li>▪ Ganzkörperstatus einschl. Dokumentation</li> <li>▪ Laboruntersuchung zur Ermittlung des Risikos für Di-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>44,00 EUR/Leistung</b>

		<p>abetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urinuntersuchung mittels Streifentest</li> <li>▪ Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Nikotinmissbrauch, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung mit dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten</li> <li>▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms</li> <li>▪ Erhebung des individuellen Risikos für KHK (anerkannter geeigneter Risikofunktionsscore, z.B. Procamb oder Arriba), ggfs. mit Knöchel-Arm-Index, Osteoporose und (familiären) Darmkrebs (Fragebogen) sowie Beratung zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung, insbes. bei familiärer Vor-erkrankung bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien</li> </ul>		
<b>Hautkrebsscreening</b>	01745	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HZV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet.</li> <li>▪ Eine zusätzliche Abrechnung der 0005 und 0004 (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.</li> </ul>	<b>30,19 EUR/Leistung</b>
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer</b>	01731	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HZV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet.</li> <li>▪ Vertreter- und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar.</li> </ul>	<b>17,18 EUR/Leistung</b>

<b>Neugeborenen-Screening</b>	01707	Erbringung der Leistung „Neugeborenenenscreening“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>21,96 EUR/Leistung</b>
<b>Stuhltest im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung</b>	01737	Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HZV-Versichertem ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres vergütet.</li> <li>▪ Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Tests auf occultes Blut im Stuhl.</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</li> </ul>	<b>6,80 EUR/Leistung</b>
<b>Neugeborenenenerstuntersuchung (U 1)</b>	01711	Erbringung der Leistung „Neugeborenenenerstuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>15,04 EUR/Leistung</b>
<b>Neugeborenenbasisuntersuchung (U 2)</b>	01712	Erbringung der Leistung „Neugeborenenbasisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,85 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 4. bis 5. Lebenswoche (U 3)</b>	01713	Erbringung der Leistung U 3 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01713	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,97 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 3. bis 4. Lebensmonat (LM) (U 4)</b>	01714	Erbringung der Leistung U 4 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01714	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,97 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)</b>	01715	Erbringung der Leistung U 5 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01715	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,97 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)</b>	01716	Erbringung der Leistung U 6 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01716	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,97 EUR/Leistung</b>

<b>Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)</b>	01717	Erbringung der Leistung U 7 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01717	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,97 EUR/ Leistung</b>
<b>Untersuchung 34. bis 36. LM (U 7a)</b>	01723	Erbringung der U 7a analog Qualifikationsdefinition im EBM 01723 und der Kinderrichtlinie des GBA (Neugeborenen-Hörscreening)	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,97 EUR/ Leistung</b>
<b>Untersuchung 46. bis 48. LM (U 8)</b>	01718	Erbringung der Leistung U 8 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01718	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,97 EUR/ Leistung</b>
<b>Untersuchung 60. bis 64. LM (U 9)</b>	01719	Erbringung der Leistung U 9 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01719	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>47,97 EUR/ Leistung</b>
<b>Jugendgesundheits- untersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)</b>	01720	Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720	Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>42,48 EUR/ Leistung</b>
<b>Impfungen</b>	89100A ff.	Siehe Regelungen § 3 Punkt 6		
<b>Modul „ambulant-stationäres Schnittstellenmanagement“</b>				
<b>Präoperative Koor- dinationsleistungen</b>	2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ggf. Indikationsstellung für den Eingriff</li> <li>▪ Ggf. Indikationsstellung zur Klärung ambulanter oder stationärer Eingriffe</li> <li>▪ Ggf. Überprüfung der Indikation zur stationären Einweisung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes (häusliches, familiäres, berufliches Umfeld)</li> <li>▪ Ggf. Aufklärung über die regionalen Möglichkeiten der fallbezogenen ambulanten Operation</li> <li>▪ Ggf. Auswahl einer geeigneten Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten</li> <li>▪ Begutachtung der OP-Fähigkeit mittels Ganzkörperstatus; EKG (12 Ableitungen) mit Auswertung;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung ist vor jedem stationärem Aufenthalt, bei dem eine Operation vorgesehen ist und vor jedem geplanten ambulanten oder belegärztlichen Eingriff, ggf. auch mehrfach im Quartal, je eingeschriebenem HZV-Versicherten abrechenbar, sofern die Operation 14 Kalendertage nach der Leistungserbringung erfolgt.</li> <li>▪ Max. 1x pro Tag abrechenbar.</li> </ul>	<b>40,00 EUR</b>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fakultativ Lungenfunktion;</li> <li>▪ Fakultativ Laboruntersuchungen nach den GOP 32101, 32125, 32110 bis 32116</li> <li>▪ Mitgabe von Kopien der relevanten Befunde</li> <li>▪ Fakultativ Arztbrief zur Mitgabe mit Angaben zur Anamnese inkl. bekannter Unverträglichkeiten und Allergien; bisherigen relevanten Diagnosen und Therapiemaßnahmen; aktuellen Medikation; hausärztlichen epikritischen Bewertung</li> <li>▪ Ggf. Anmeldung des Kranken zur Krankenhausaufnahme bzw. zur ambulanten Operation</li> <li>▪ Ggf. stationäre Einweisung (Verordnung zur Krankenhausbehandlung) bzw. Überweisung zur ambulanten Operation</li> </ul>		
<b>Poststationäres Überleitungsmanagement während bzw. nach Krankenhausbehandlung</b>	2004	<p>Besondere Betreuung der HZV-Patienten im telefonischen Kontakt während bzw. nach einem Krankenhausaufenthaltes im Austausch mit dem behandelnden Krankenhausarzt</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ telefonischer Kontakt – sofern erforderlich – mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1 x unmittelbar vor (maximal 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung</li> <li>▪ Überprüfung der Entlassmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktions-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max 1 x pro Krankenhausaufenthalt</li> </ul>	<b>20,00 EUR/Leistung</b>

		<p>checks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt)</li> </ul>		
<b>Postoperative hausärztliche Betreuung</b>	2005	<p>Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten</li> <li>▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation</li> <li>▪ Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen</li> <li>▪ Erläuterung des Arztbriefes einschließlich der erhobenen Befunde</li> <li>▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen</li> <li>▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten</li> <li>▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen</li> <li>▪ Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG)</li> <li>▪ Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen.</li> </ul>		<b>30,00 EUR/Leistung</b>

<b>Modul „Diagnostik und spezielle Therapieleistungen“</b>				
<b>Belastungs-EKG</b>	03321	Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM		<b>23,63 EUR</b>
<b>Sonografie Schilddrüse</b>	33012	Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>9,19 EUR</b>
<b>Sonografie Abdomen</b>	33042	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>17,07 EUR</b>
<b>Klärung psychosomatischer Krankheitszustände</b>	35100	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>23,03 EUR</b>
<b>Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen</b>	35110	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>23,03 EUR</b>
<b>Langzeit-EKG</b>	03322	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>5,73 EUR</b>
<b>Langzeit-RR</b>	03324	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>6,80 EUR</b>
<b>Unidirektionaler Doppler</b>	2000	Erbringung der Leistung dopplersonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	Max. 1 x pro Quartal	<b>8,00 EUR</b>
<b>CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße</b>	33060	Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. Subclaviae und Aa. Vertebrales mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen		<b>31,86 EUR</b>
<b>CW-Doppler- Sonographie extremitätenversorgender Gefäße</b>	33061	Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität		<b>10,74 EUR</b>
<b>Hyposensibilisierung</b>	30130	Erbringung der Leistung „Hyposensibilisierungsbehandlung“ gem. EBM 30130		<b>12,17 EUR</b>
<b>Chirotherapie an der Wirbelsäule</b>	30201	Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM		<b>8,47 EUR</b>

<b>Verordnung medizinischer Rehabilitation</b>	01611	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>37,59 EUR</b>
<b>Modul „Wundmanagement“</b>				
<b>Kleinchirurgische Eingriffe</b>	2301	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erbringung von operativen Eingriffen mit Eröffnung von Haut/Schleimhaut oder</li> <li>▪ Leistungen der primären Wundversorgung mittels Naht oder Gewebekleber</li> </ul>		<b>15,00 EUR/ Leistung</b>
<b>Behandlungskomplex sekundär heilende Wunden oder chronisch venöser Ulcera cruris</b>	2310	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abtragung von Nekrosen und/oder</li> <li>▪ Wunddebridement und/oder</li> <li>▪ Anlage und/oder Wechsel eines Kompressions- und/oder entstauenden phlebologischen Funktionsverbandes und/oder</li> <li>▪ Lokalthherapie und/oder Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade und/oder</li> <li>▪ Einbringung Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten</li> <li>▪ inkl. Anlage/Wechsel von Schienenverbänden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höchstmenge 4x/ Quartal</li> <li>▪ Nicht abrechenbar am gleichen Tag neben 2301</li> </ul>	<b>20,00 EUR / Leistung</b>
<b>Behandlung diabetischer Fuß 02311</b>	02311	Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog Leistungsbeschreibung im derzeit gültigen EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrechenbar je Bein und je Sitzung</li> <li>▪ Nur bei vorliegender Genehmigung der KVB</li> </ul>	<b>16,47 EUR</b>
<b>Modul „Geriatric“</b>				
<b>Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment</b>	03240	Erbringung der Leistung gemäß des bis 30.09.2013 gültigen EBM (GOP 03240) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ max. 2 x pro Kalenderjahr</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>12,97 EUR</b>
<b>Hausärztliche geriatrische Betreuung</b>	03362	Untersuchung zur Feststellung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung geriatrispezifischer Syndrome	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul>	<b>20,76 EUR</b>

<b>Modul "Palliativ"</b>				
<b>Zuschlag zur P2 für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</b>	0001	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patienten mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. –steigerung im finalen Krankheitsstadium.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht abrechenbar, wenn der HZV-Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HZV-Patienten abrechnet</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>40,00 EUR</b>
<b>Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten</b>	1490	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Abrechenbar neben den Leistungen 1410, 1410Z</li> </ul>	<b>20,00 EUR</b>
<b>Rufbereitschaft am Lebensende</b>	3730	<p>Intensive Betreuung sterbender Patienten in den letzten Tagen / wenigen Wochen vor dem Tod</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Telefonische Erreichbarkeit an sieben Tagen pro Woche jeweils 24 Stunden</li> <li>▪ Erstellung eines Behandlungsplans zur Symptomkontrolle und eines Notfallplans zum Verbleib beim Patienten</li> <li>▪ Herstellen eines Behandlungsnetzwerks mit mindestens zusätzlicher Hospizbegleitung bzw. Pall-care-Fachkraft</li> </ul> <p>Sicherstellung der Gabe von Bedarfsmedikation auch auf telefonische Angabe (durch Angehörige, Pflege, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Leben für max. 5 aufeinander folgende Wochen (muss wöchentlich mittels Ziffer 3730, 3730B, 3730C, 3730D, 3730E dokumentiert werden)</li> <li>▪ Nur abrechenbar für Palliativpatienten mit der Diagnose Z51.5 G</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Nur abrechenbar bei Vorliegen der KV-Genehmigung, Nachweis über Teilnahme Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 Stunden) (Nachreichfrist für den Nachweis bis</li> </ul>	<b>75,00 EUR / Woche</b>

			31.12.2021)	
<b>Modul "Onkologie"</b>				
<b>Zuschlag zur P2 für die hausärztliche Betreuung onkologisch erkrankter Patienten</b>	0002	<p>Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Patienten mit folgenden Merkmalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesicherte Erkrankung an einer Diagnose verschlüsselt nach dem Kapitel II ICD10-Katalog „Neubildungen“ ab dem Zeitpunkt der Diagnose-sicherung für die ersten vier nachfolgenden Quartale oder</li> <li>▪ Während einer laufenden Chemotherapie oder</li> <li>▪ während einer laufenden Radiotherapie oder</li> <li>▪ bei Auftreten eines Rezidives der ursprünglichen Erkrankung oder</li> <li>▪ bei Auftreten einer Metastasierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>15,00 EUR</b>
<b>Modul „Sonstige Leistungen“</b>				
<b>Wegepauschale (Zone A)</b> <b>WP A</b>	4401	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone von bis zu 5 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HZV-Versicherten am selben Tag der Besuch abgerechnet wurde</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie WP B, WP C und WP D abrechenbar</li> </ul>	<b>10,00 EUR / Leistung</b>
<b>Wegepauschale (Zone B)</b> <b>WP B</b>	4402	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HZV-Versicherten am selben Tag der Besuch abgerechnet wurde</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie WP A, WP C und WP D abrechenbar</li> </ul>	<b>15,00 EUR / Leistung</b>
<b>Wegepauschale (Zone C)</b> <b>WP C</b>	4403	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km bis 15 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HZV-Versicherten am selben Tag der Besuch abgerechnet wurde</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie WP A, WP B und WP D abrechenbar</li> </ul>	<b>20,00 EUR / Leistung</b>

<b>Wegepauschale (Zone D)</b>  <b>WP D</b>	4404	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 15,1 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HZV-Versicherten am selben Tag der Besuch abgerechnet wurde</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie WP A, WP B und WP C abrechenbar</li> </ul>	<b>25,00 EUR / Leistung</b>
--	------	---	--	-----------------------------

Definition	Beschreibung
<b>Betreuarzt</b>	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
<b>Vertreterarzt</b>	Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß § 3 Abs. 4 lit. d) HZV-Vertrag benannter HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
<b>Stellvertreterarzt</b>	Ein Stellvertreterarzt ist ein Hausarzt, der als Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ 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.).
<b>Versichertenteilnahmejahr</b>	Ein Versichertenteilnahmejahr sind vier aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem ersten Tag des Quartals, 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 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. Versichertenteilnahmequartal beginnt jeweils ein neues Versichertenteilnahmejahr.
<b>Versichertenteilnahmequartal</b>	Ein Quartal innerhalb des Versichertenteilnahmejahres.
<b>Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)</b>	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind gemäß § 1a Ziffer 12 BMV-Ä 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. Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass auch ein MVZ eine BAG ist. 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 Laufzeit dieser **Anlage richtet sich grundsätzlich nach derjenigen des HZV-Vertrages**. Diese Anlage 3 tritt am 01. April 2022 in Kraft. Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser Anlage 3 gelten zunächst bis zum 31. März 2025. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 17 des HZV-Vertrages.

## § 3

### Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt 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 § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die Krankenkasse und der Hausärzteverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

#### 2. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

### 3. Abrechnung des Betreuarztes für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

- (1) Der HAUSARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu diese **Anlage 3** Gegenstand dieses HZV-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 HZV-Vertrages zu erbringen. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so soll die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag bzw. Auftragsüberweisung an einen anderen HAUSARZT bzw. bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem HZV-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- (4) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
  1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
  2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
  3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

#### **4. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von BAG / MVZ**

- (1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG / des MVZ ebenfalls durch die in der Anlage 3 aufgeführten Vergütungspositionen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG / des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht 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.

#### **5. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen**

- (1) 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.
- (2) Nimmt der Bewertungsausschuss aufgrund einer Änderung der Kinderrichtlinie eine Anpassung der Leistungen und Bewertungen des Abschnitts 1.7.1 Stand 01.07.2016 des EBM vor, werden Hausärzterverband und Krankenkassen diesen Vertrag in gleicher Weise anpassen. Die Vergütung erfolgt weiterhin gemäß §1 Abs. 2.

#### **6. Impfleistungen**

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" sind Bestandteil des HZV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HZV-Vertrags abgerechnet. Die Vergütung zur Durchführung der Impfung

richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung des Rahmenvertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse über Schutzimpfungen und Prophylaxe. Die Regelungen des Rahmenvertrages gelten auch nach Auslaufen oder Kündigung so lange fort, bis ein Folgevertrag zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart ist oder eine eigenständige Vereinbarung für den HZV-Vertrag geschlossen ist.

- (3) Die Dokumentation der Impfleistung wird analog den EBM-Ziffern durchgeführt. Einzelheiten sind dem Anhang 1 dieser Anlage 3 zu entnehmen.

#### § 4

##### **Abrechnung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband**

- (1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von dem Hausärzteverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“), das der Hausärzteverband mit den im Folgenden genannten Aufgaben beauftragt, ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum GmbH  
Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln  
Service-Hotline: 02203 5756 1111  
Fax: 02203 5756 1110

- (2) Das Rechenzentrum versendet an den HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HZV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HZV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HZV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband seine Abrechnung der HZV-Vergütung („**HZV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 10. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. Oktober) („**HZV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 6 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

- (4) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HZV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HZV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Der Hausärzteverband stellt dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“) zur Verfügung. 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 § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.
- (7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzteverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Der Hausärzteverband ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des HAUSARZTES verpflichtet, sofern sie dem HAUSARZT nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

## § 5

### Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295 a Abs.2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HZV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HZV-Vertrages aus.
- (2) Die Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Die Krankenkassen-Prüffrist kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden. Ist die Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Hausärzteverband grundsätzlich in einem abgestimmten technischen Format 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 fünf Arbeitstage („Montag bis Freitag“) („**Zahlungsfrist**“) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden.
  - 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 Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zu laufen. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der

Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden. § 12 des HZV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (4) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Die Frist für die Geltendmachung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden. Die Vertragspartner verständigen sich auf einen technischen Prozess zur Durchführung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen. Die Berichtigung erfolgt im Rahmen des regulären Abrechnungsverfahrens. Sofern die Abrechnung eines HAUSARZTES zu berichtigen ist, der aus dem HZV-Vertrag ausgeschieden ist, so erfolgt die Berichtigung über den Sicherungseinbehalt gemäß § 12 Abs. 5 des HZV-Vertrages.

## § 6

### Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzteverband und die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 15 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
  - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;
  - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung / des VERAH-Zuschlages (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
  - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
  - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer 2. dieser **Anlage 3**;

- (3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§§ 11, 12 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach Anlage 8 einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des HZV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

## § 7

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

- (1) Die Krankenkasse zahlt die HZV-Vergütung mit befreiender Wirkung an den Hausärzteverband. Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HZV-Vergütung von der Krankenkasse im fremden Namen und für fremde Rechnung entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**.
- (2) 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 § 12 des HZV-Vertrages.
- (3) Für die Weiterleitung der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung der HZV-Vergütung nach § 10 Abs. 1 gemäß den Vorgaben dieser Anlage 3 bedient sich der Hausärzteverband der HÄVG als Erfüllungsgehilfe; § 15 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Kran-

kenkasse in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen erfolgen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

## **§ 8**

### **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>	(derzeit nicht besetzt)
<b>Anhang 3 zu Anlage 3:</b>	(derzeit nicht besetzt)
<b>Anhang 4 zu Anlage 3:</b>	VERAH-Zuschlag
<b>Anhang 5 zu Anlage 3:</b>	Versichertenbezogene Obergrenze
<b>Anhang 6 zu Anlage 3:</b>	Nachgelagertes Abrechnungskorrekturverfahren
<b>Anhang 7 zu Anlage 3:</b>	Shared-Decision-Making