

## Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

### § 1

#### HzV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (EBM-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende HzV-Vergütung:

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt 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	Vor- läufige 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>Zuschlag für den erhöhten Be- treuungsaufwand definierter Krank- heitsbilder P3</b>	0003	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, der eines der in Anhang 2 zu Anlage 3 (Vergütungsanlage) definierten Krankheitsbilder aufweist und für den zu diesem Krankheitsbild eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt wurde.	<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> </ul>	<b>22,00 EUR</b>

<b>Kontaktabhängige Vertreterpauschale</b>	0004	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 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>12,50 EUR</b>
<b>Zielauftragspauschale</b>	0005	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar</li> <li>▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Vertreterarzt vergütet</li> </ul>	<b>12,50 EUR</b>
<b>Zuschlag</b>				
<b>Zuschlag VERAH auf P3</b>		Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P 3 (max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr).</li> <li>▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden im Anhang 2 zu dieser Anlage 3 geregelt.</li> </ul> <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>5,00 EUR</b>
<b>Einzelleistungen „Besondere Inanspruchnahmen“</b>				
<b>Inanspruchnahme zur Unzeit I</b>	01100	Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM): <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</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 GOP 1410 und</li> </ul>	<b>19,45 EUR</b>

		zwischen 7:00 – 19:00 Uhr	1413 abrechenbar	
<b>Inanspruchnahme zur Unzeit II</b>	01101	Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM): <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 GOP 1410 und 1413 abrechenbar</li> </ul>	<b>31,02 EUR</b>
<b>Modul "Regelhafte Besuchstätigkeit"</b>				
<b>Besuch</b>	1410	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.  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)		<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 VP, BE, HB, BEV 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 Medi-</li> </ul>		<b>45,00 EUR/Leistung</b>

		<p>kation auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen</p> <ul style="list-style-type: none"><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 Diabetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure)</li><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>▪ Ausgabe und Auswertung eines zugelassenen Tests auf okkultes Blut im Stuhl, sofern der HzV-Versicherte durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt</li><li>▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms</li><li>▪ Erhebung des individuellen Risikos für KHK (anerkannter geeigneter Risikoreferenzwert, 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	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> )	<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 Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.</li> </ul>	<b>21,20 EUR/Leistung</b>
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen</b>	01730	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01730 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je weiblicher HzV-Versicherten ab dem Alter von 20 Jahren vergütet.</li> <li>▪ Vertreter- und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar.</li> </ul>	<b>17,87 EUR/Leistung</b>
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer</b>	01731	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> )	<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>14,19 EUR/Leistung</b>
<b>Neugeborenen-Screening</b>	01707	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-screening“ 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>10,16 EUR/Leistung</b>
<b>Labor i. R. d. Neugeborenen-Screening</b>	01708	Erbringung der Leistung „Labor i. R. d. Neugeborenen-screening“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01708	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>11,57 EUR/Leistung</b>
<b>Neugeborenen-ersteruntersuchung (U 1)</b>	01711	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-ersteruntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>12,44 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>30,49 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 4. bis 6. 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 Ein-	<b>30,49 EUR/Leistung</b>

			grenzungen der Kinder-RL vergütet.	
<b>Untersuchung 3. bis 4. Lebens- monat (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>30,49 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>30,49 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>30,49 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>30,49 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-Hörsreening)	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>35,22 EUR/ Leistung</b>
<b>Untersuchung 43. 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>30,49 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>30,49 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>35,22 EUR/ Leistung</b>
<b>Impfungen</b>	89100A ff.	Siehe Regelungen § 3 Punkt 6		
<b>Modul „ambulant-stationäres Schnittstellenmanagement“</b>				
<b>Poststationäres Überleitungsmana- gement während bzw. nach Kran- kenhausbehand- lung</b>	2004	Besondere Betreuung der HzV-Patienten im telefonischen Kontakt während bzw. nach einem Krankenhausaufenthaltes im Austausch mit dem behandelnden Krankenhausarzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max 1 x pro Krankenhausaufenthalt</li> </ul>	<b>30,00 EUR/ Leistung</b>

		<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusendung des vollständig ausgefüllten Überleitungs-bogens gemäß <b>Anhang 4</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Erbringung der Leistung</li> <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 Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung</li> <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</li> </ul>		<b>30,00 EUR/Leistung</b>

		<p>der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul> <p>Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen</p>		
<b>Modul „Diagnostik und spezielle Therapieleistungen“</b>				
<b>Belastungs-EKG</b>	03321	Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM		<b>19,80 EUR</b>
<b>Sonografie Schilddrüse</b>	33012	Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>8,41 EUR</b>
<b>Sonografie Abdomen</b>	33042	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>15,60 EUR</b>
<b>Klärung psychosomatischer Krankheitszustände</b>	35100	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>15,07 EUR</b>
<b>Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen</b>	35110	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>15,07 EUR</b>
<b>Langzeit-EKG</b>	03322	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>6,66 EUR</b>
<b>Langzeit-RR</b>	03324	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		<b>7,71 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>28,39 EUR</b>
<b>CW-Doppler- Sonographie extremitätenversorger Gefäße</b>	33061	Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität		<b>10,69 EUR</b>
<b>Hyposensibilisierung</b>	30130	Erbringung der Leistung „Hyposensibilisierungsbehandlung“ gem. EBM 30130		<b>9,29 EUR</b>
<b>Chirotherapie in der Wirbelsäule</b>	30201	Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM		<b>7,00 EUR</b>
<b>Verordnung medizinischer Rehabilitation</b>	01611	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>29,97 EUR</b>
<b>Modul „Wundmanagement“</b>				
<b>Versorgung chronischer Wunden 02310</b>	02310	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)“ analog derzeit gültigem EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul>	<b>20,33 EUR</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>13,84 EUR</b>
<b>Versorgung chronisch venöser Ulcera cruris 02312</b>	02312	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris“ analog Leistungsbeschreibung im derzeit gültigen EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrechenbar je Bein und je Sitzung</li> </ul>	<b>11,04 EUR</b>
<b>Modul „Geriatric“</b>				
<b>Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment</b>	03240	Erbringung der Leistung gemäß 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>Modul „Sonstige Leistungen“</b>				
<b>Wegepauschale I</b>	40220	Abrechenbar gemäß Leistungsbeschreibung zur Abrechnungsziffer 40220		<b>4,41 EUR</b>

<b>Wegepauschale II</b>	40222	Abrechenbar gemäß Leistungsbeschreibung zur Abrechnungsziffer 40222	<b>8,83 EUR</b>
<b>Wegepauschale III</b>	40224	Abrechenbar gemäß Leistungsbeschreibung zur Abrechnungsziffer 40224	<b>12,80 EUR</b>
<b>Wegepauschale IV</b>	40226	Abrechenbar gemäß Leistungsbeschreibung zur Abrechnungsziffer 40226	<b>8,83 EUR</b>
<b>Wegepauschale V</b>	40228	Abrechenbar gemäß Leistungsbeschreibung zur Abrechnungsziffer 40228	<b>13,62 EUR</b>
<b>Wegepauschale VI</b>	40230	Abrechenbar gemäß Leistungsbeschreibung zur Abrechnungsziffer 40230	<b>18,43 EUR</b>

<b>Definition</b>	<b>Beschreibung</b>
<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.
<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).

In den Fällen, in den eine prozentuale Bezugsgröße hergestellt wird, gilt die höhere Bezugszahl.
--

## § 2

### Laufzeit

Die Laufzeit dieser **Anlage richtet sich grundsätzlich nach derjenigen des HzV-Vertrages**. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 17 des HzV-Vertrages.

## § 3

### Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-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 EBM-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

#### 2. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig 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 dieser **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 EBM-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 EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HzV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
- (3) 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 zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

#### **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 Pauschalen 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**

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.

## **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**

### **Praxisgebühr**

- (1) Der HAUSARZT ist gemäß § 14 des Vertrages verpflichtet, die gesetzliche Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) von HzV-Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä / § 21 EKV in ihrer jeweils geltenden Fassung für die Krankenkasse einzuziehen. Der HAUSARZT ist danach insbesondere nicht berechtigt, auf die Praxisgebühr zu verzichten, oder einen anderen Betrag als die gesetzliche Praxisgebühr zu erheben. Die weitere Abwicklung vollzieht sich wie folgt:
  - a) Falls der HAUSARZT im Einzelfall für HzV-Versicherte neben HzV-Leistungen auch

Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnet, wird hierdurch keine zusätzliche Praxisgebühr für diese HzV-Versicherten ausgelöst. Entsprechend ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in der Abrechnung eine Befreiung zu dokumentieren.

- b) Der HAUSARZT übermittelt mit seiner Abrechnung an den Hausärzteverband die Dokumentation über die erfolgreiche Einziehung oder einen etwaigen Befreiungsgrund gemäß § 18 BMV-Ä / § 21 EKV.
- c) Eine Praxisgebühr, die ein HzV-Versicherter entrichtet hat, hat der HAUSARZT einzubehalten. Die Krankenkasse ist berechtigt nach lit. b) dokumentierte Zuzahlungsbeträge von dem Auszahlungsbetrag des HzV-Vergütungsanspruches des HAUSARZTES einzubehalten.

(2) Soweit der HAUSARZT seine Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä / § 21 EKV in der jeweils geltenden Fassung und dem vorstehenden Absatz 1 dieses § 4 erfüllt hat und der HzV-Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb der vom HAUSARZT gesetzten Frist nicht gezahlt hat, dokumentiert er dies mit Hilfe der Vertragssoftware. In diesem Fall übernimmt die Krankenkasse den weiteren Zahlungseinzug. Die Krankenkasse erhält zu diesem Zweck mit der Abrechnung eine Auflistung der HzV-Versicherten, bei denen die Praxisgebühr nicht eingezogen wurde unter Angabe der vom HAUSARZT gemäß dem vorstehenden Absatz 1 lit. a) oder b) übermittelten Gründe.

(3) Die Dokumentation nach dem vorstehenden Absatz 1 b) erfolgt durch Angabe folgender Ziffern:

<b>Ziffer</b>	<b>Beschreibung</b>
80030	Bei Abrechnung ist Abzug der Praxisgebühr erfolgt.
80031	Befreit, da Überweisungsschein vorliegt.
80032	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da die Befreiung von allen Zuzahlungen nachgewiesen worden ist (Bescheinigung nach § 62 Abs. 1 SGB V oder vollständige Befreiung von allen Zuzahlungen nach § 65a Abs. 2 SGB V).
80032D	Praxisgebühr befreit, da Teilnahme an DMP vorgelegt wurde.
80033	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr vorgelegt wurde
80034	Keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung.
80040	Praxisgebühr befreit, da Kassenwechsel oder die Befreiung von der Praxisgebühr, jedoch nicht von allen Zuzahlungen, nachgewiesen wurde (z.B. im Rahmen HzV-Teilnahme)

80044	Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet, gesetzte Frist ist abgelaufen.
80091	Praxisgebühr nicht gezahlt. HzV-Versicherter unter 18 Jahre.
80092	Praxisgebühr nicht gezahlt. Vorsorgeuntersuchung / Schutzimpfung.

## § 5

### Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

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

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

- (2) Der Hausärzteverband versendet an den HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis im Sinne des HzV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HzV-Versicherte.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt dem Hausärzteverband seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**HzV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 10. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. Oktober) („**HzV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (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 übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 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.

## § 6

### **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 schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (**„Abrechnungsrüge“**). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
- a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von 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.

## § 7

### 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**;
  - e) Vorliegen vollständiger Informationen (Angabe Praxisgebühreziffer) zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes gemäß § 4 Abs. 3 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.

## § 8

### **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 Erfüllungsgelhilfe; § 15 des HzV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen erfolgen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

## § 9

### **Anhänge**

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

**Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz,

- Anhang 2 zu Anlage 3:** Krankheitsbilder
- Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag
- Anhang 4 zu Anlage 3:** Überleitungsbogen
- Anhang 5 zu Anlage 3:** Vergütungsbegrenzungsregel