

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1

HZV-Vergütungspositionen

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

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas Anderes bestimmt wird, das Folgende:

- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Hausarzt und pro HZV-Versicherten abrechenbar.
- Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro Hausarzt und pro HZV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen			
P1 HZV- Versorgungsstrukturpau- schale	▪ Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages ▪ Vorhalten der Online-Infrastruktur ▪ Onlineabrechnung und Onlineteilnahmeprüfung ▪ Berücksichtigung der an den HZV-Vertrag ange- bundenen Selektivverträge gemäß Anlage 10 ▪ Unterstützung bei der Vermittlung von Fach- arztterminen in dringen- den Fällen ▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnah- mejahres ist von der P1 umfasst	▪ 1 x pro Versichertenteil- nahmejahr ▪ P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ers- ten Versichertenteilnah- mequartals in voller Höhe ausgezahlt. Für die Be- rechnung wird immer das aktuelle HZV- Versichertenverzeichnis gemäß § 12 Abs. 2 des HZV-Vertrages zugrunde gelegt ▪ Erfolgt vor Ablauf des Ver- sichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarz- tes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 8 des HZV- Vertrages) oder des HZV- Versicherten aus der HZV wird dem Hausarzt für je- des Quartal des Versi- chertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreu- arzt des HZV- Versicherten war,	72,00 EUR

		6,00EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versicherungsteilnahmejahr, in dem der Arztwechsel/Ausscheiden des Hausarztes oder des HZV-Versicherten aus der HZV stattgefunden hat, auch mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Hat in einem solchen Fall kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden, wird dem Hausarzt für jedes Quartal, in dem er nicht mehr Betreuarzt war, ein Betrag von 18,00 EUR von der P1 abgezogen Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet	
P2 Kontaktabhängige Pauschale	▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung ▪ Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HZV-Vertrages	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr ▪ Im ersten Versicherungsteilnahmequartal eines Versicherungsteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist Voraussetzung: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versicherungsteilnahmejahres ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	48,00 EUR
P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand	▪ Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung ▪ Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr Voraussetzung: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	23,00 EUR

	psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP ▪ 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 Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.) ▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. ▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention		
Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	20,00 EUR

		Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet	
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	- Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar - Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: - Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	20,00 EUR
Zuschläge			
Z1 Präventionskomplex	Durchführung einer der folgenden Leistungen: - Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien - Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie - Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien - Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (01740) gemäß Teil II. § 5 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) - Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening	- Je durchgeführte Leistung Voraussetzung: - Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: <u>Hautkrebsvorsorge (01745/01746):</u> max. 1 x pro Kalenderjahr ab dem vollendeten 35. Lebensjahr <u>Gesundheitsuntersuchung (01732/01732B):</u> max. 1x pro Kalenderjahr bei HZV-Versicherten ab 35 Jahren abrechenbar, einmalig bei Patienten im Alter zwischen 18 und 34 Jahren <u>Krebsfrüherkennung Mann (01731):</u> Max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr <u>Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (01740):</u> Einmalige Beratung frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres <u>Aufklärungsgespräch / Ultraschall-</u>	20,00 EUR

	Bauchaortenaneurysmen (GOP 01747 gemäß EBM vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GURL) ▪ Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen (GOP 01748 vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GURL) ▪ PSA-Screening gemäß Anhang 8 zu Anlage 3	<u>Screening Bauchaortenaneurysmen (01747/01748):</u> einmalig bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren - <u>PSA-Screening (1739):</u> entsprechend Anhang 8 bei männlichen Versicherten ab 45 Jahren, mit einer Lebenserwartung > 10 Jahre	
Z2 VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr) ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 geregelt Voraussetzung: ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	10,00 EUR
Z3 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware <u>Derzeit ausgesetzt.</u>	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr), sofern die in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	04,00 EUR
Z5 Psychosomatik-Zuschlag auf jede erbrachte P2 (Quartal mit Arzt-Patienten-Kontakt)	Qualifikation des Arztes zur persönlichen Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gemäß EBM)	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung persönlich erbringt.	05,00 EUR

		Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
Z6 Zuschlag akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe auf P1	Beschäftigung eines Physician Assistant oder vergleichbare (staatlich anerkannte) akademische Qualifikationen nichtärztlicher Gesundheitsberufe	- Der Zuschlag auf die P1 wird je entsprechend qualifizierter Person abhängig vom Stundenumfang entsprechend des Arbeitsvertrages des akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufers wie folgt vergütet: 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 10,00 € auf P1 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 7,50 Euro auf P1 0,5 Stelle (ab 19 h pro Woche) 5,00 € auf P1	10,00 EUR
Z7 Zuschlag für digitale und innovative Praxisausstattung auf P1	Förderung für eine besondere digitale Praxisausstattung. Nachweis der folgenden besonderen Infrastrukturausstattung in der Praxis per Selbstauskunft gegenüber der HÄVG gemäß Anhang 7 zur Anlage 3:	- Zuschlag auf P1 für jedes nachgewiesene Infrastrukturmerkmal - Wird anteilig quartalsweise ausgezahlt	
	1. Qualitätssiegel nachhaltige Praxis		04,00 EUR
	2. Bereitstellung online buchbarer Termine und regelmäßiges Vorhalten einer relevanten Anzahl an zu buchenden Terminen		02,00 EUR
	3. Angebot Videosprechstunde		02,00 EUR
	4. Anwendung eines AMTS-Moduls in PVS		04,00 EUR
	5. Anwendung eines Impfmanagement-Moduls in PVS		02,00 EUR
	6. Einsatz von Shared Decision Making (arriba)		02,00 EUR
Einzelleistungen			
1400 Besuchskomplex	Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT oder das nichtärztliche Fachpersonal seine/ihre Praxis, Wohnung oder einen	Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	30,00 EUR

	anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben ▪ liegt nicht vor, wenn die oben genannte Personengruppe ihre eigene Praxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, in der sie selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch) ▪ Hinweis: Die vom Besuchskomplex umfassten EBM-Ziffern gehen aus Anhang 1 der Anlage 3 hervor		
02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02300)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *	08,00 EUR
02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02301)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *	16,00 EUR
02302 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 02302)	▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden *	30,00 EUR
03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03240)	Max. 2 x pro Versicherten- teilnahmejahr	17,00 EUR
32460 CRP-Schnelltest zur Prüfung einer Antibiotikaverordnung	Durchführung eines quantitativen CRP-Schnelltests zur Bestimmung der Therapie: ▪ eines oberen Atemwegsinfektes und/oder		10,50 EUR

	▪ eines unteren Atemwegsinfektes und/oder ▪ einer Otitis media ▪ Divertikulitis Kurze Erörterung des Ergebnisses mit dem Patienten.		
33012 Schilddrüsen-Sonographie	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33012)		11,00 EUR
33042 Abdominelle Sonographie	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 33042)	Max. 2 x pro Quartal	21,00 EUR
HIPST Überprüfung Impfstatus	Überprüfung Impfstatus (inkl. „Abstempeln“ Bonusheft)	▪ Max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt vergütet	12,00 EUR
Kinder- und Jugenduntersuchungen 01711 bis 01719 01720 01723 U10 U11 J2	▪ Durchführung einer U-Untersuchung (U1 bis U9) entsprechend der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) ▪ Durchführung einer Untersuchung (J1) nach der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) ▪ Durchführung von Untersuchungen für Kinder im Grundschulalter (U10 und U11) und für Jugendliche (J2)	▪ Je durchgeführte Leistung Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	50,00 EUR / Untersuchung
Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems zur quantitativen immunologischen Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT)	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, bzw. in kurativen Fällen inkl. Beratung des Versicherten	Die Leistung ist wie folgt abrechenbar: Präventiv (Dokumentation 01737p): ▪ einmal im Kalenderjahr je HZV-Versichertem ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres ▪ Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine Koloskopie oder	08,00 EUR

		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. Kurativ (Dokumentation 01737k): ▪ einmal im Kalenderjahr zur Abklärung oder Ausschluss bei V. a. occultes Blut im Stuhl ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
Zuschlag für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	Betreuung von Patienten mit einer Palliativ Erkrankung analog Definition des EBM 3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung, Präambel, Absatz 1: Palliativleistungen im Sinne dieser Anlage 3 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegen gewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt oder bei Übernahme der Betreuung der Vertreterarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält ▪ auch für Vertreterärzte (bei Übernahme der Betreuung für max. 2 Quartale) Voraussetzung: ▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Nur im Zusammenhang mit einer dokumentierten Palliativbetreuung (ICD Z51.5 G) abrechenbar	120,00 EUR

	Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.		
Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	Liegt vor bei einem Besuch bei einem Palliativpatienten.	- Max. 10 x pro Quartal - nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt oder bei Übernahme der Betreuung der Vertreterarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält	20,00 EUR
3730 Rufbereitschaft am Lebensende	Intensive Betreuung sterbender Patienten in den letzten Tagen / wenigen Wochen vor dem Tod - Telefonische Erreichbarkeit an sieben Tagen pro Woche jeweils 24 Stunden - Erstellung eines Behandlungsplans zur Symptomkontrolle und eines Notfallplans zum Verbleib beim Patienten - Herstellen eines Behandlungsnetzwerks mit mindestens zusätzlicher Hospizbegleitung bzw. Pallcare-Fachkraft - Sicherstellung der Gabe von Bedarfsmedikation auch auf telefonische Angabe (durch Angehörige, Pflege, etc.)	- Max. 1 x pro Leben für max. 5 aufeinander folgende Wochen (muss wöchentlich mittels Ziffer 3730, 3730B, 3730C, 3730D, 3730E dokumentiert werden) - Nur abrechenbar für Palliativpatienten mit der Diagnose Z51.5 G - Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal - Nur abrechenbar bei Vorliegen der KV-Genehmigung oder Nachweis über Teilnahme „Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 Stunden)“	75,00 EUR / Woche
Einzelleistungen "Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen"			
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie			
00030 LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)	Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*	1 x im Kalenderjahr - nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00031) Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR

00031 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (LUTS)	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 Angabe einer gesicherten Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-	▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (00030) Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00034 pAVK	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* (ICD I70.-)	▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00035) Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR
00035 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (pAVK)	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 • bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7- • bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2	▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung pAVK ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung pAVK abrechenbar (00034) Voraussetzung: ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	15,00 EUR

* Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet:

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

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter Hausarzt.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HZV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HZV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV.).
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem Tag, an dem der Versicherte als HZV-Versicherter im Sinne des HZV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HZV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an die Dienstleistungsgesellschaft). Bei einem durch die Betriebskrankenkasse stattgegebenen Wechsel des Hausarztes (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).
Arzt-Patienten-Kontakt (APK)	Ein Arzt-Patient-Kontakt (APK) für die hausärztliche Versorgung gem. § 73b SGB V wird wie nachfolgend definiert: • ein APK beschreibt die persönliche, telefonische oder digitale Interaktion eines Hausarztes und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur hausärztlichen Versorgung des Patienten • der APK kann außerhalb der vom Hausarzt höchstpersönlich zu erbringenden Leistungen auch im Wege der Delegation, auch an nichtärztliches Fachpersonal, nach Maßgabe der für die Hausarztzentrierte Versorgung (§73b SGB V) geltenden berufs-, sozial- und zivilrechtlichen Bestimmungen erfolgen. Eine Diagnosestellung kann insbesondere nur durch den Arzt erfolgen. • die Interaktion des APKs durch den Hausarzt und/oder das nichtärztliche Fachpersonal kann innerhalb oder außerhalb der zeitlichen und/oder räumlichen Einheit erfolgen; die für die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) geltenden berufs- und sozialrechtlichen Bestimmungen sind einzuhalten.

§ 2

Laufzeit

Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31.03.2028 (§ 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages.

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu EBM-Änderungen im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die GWQ und der Hausärzteverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund der der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu EBM-Änderungen nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

II. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen 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 und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

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

- (1) Der HAUSARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für HZV-Versicherte, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des HZV-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses Vertrages zu erbringen. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag bzw. Auftragsüberweisung an einen anderen HAUSARZT bzw. bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem HZV-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die HZV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

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

IV. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von BAG / MVZ

- (1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG / des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG / des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HZV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 1 des HZV-Vertrages.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG / MVZ ist nicht möglich.
- (3) Werden Leistungen durch einen Stellvertreterarzt ausgeführt, ist dies in den Abrechnungsdaten zu dokumentieren und bei der Abrechnung zu übermitteln.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang. So sind insbesondere bei Kleinkindern die Entwicklungsdiagnostik, die altersgemäßen Vorsorgeuntersuchungen oder Impfleistungen vom Betreuarzt gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.

VI. Impfleistungen

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der HZV-Abrechnung zu dokumentieren.

§ 4

- Entfallen -

§ 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. Änderungen betreffend der für die Abrechnungsdatenverarbeitung vom Hausärzteverband beauftragten Stelle im Sinne von § 295a Abs. 2 SGB V, derzeit die HÄVG, teilt der Hausärzteverband dem HAUSARZT und der GWQ spätestens einen Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.
- (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 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober) („**HZV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HZV-Abrechnung bei der HÄVG. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 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 § 10 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 binnen zwei Monaten nach Zugang 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 der HÄVG (§ 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 hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die Krankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem 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 acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
- b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet.

Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 12 des HZV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto der HÄVG („**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 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 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 II. 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 Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8

Auszahlung der HZV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HZV-Vergütung von der Krankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe einschließlich der Verarbeitung der Abrechnungsdaten und als Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3**.
- (2) Die HÄVG ist berechtigt und gegenüber dem Hausärzteverband verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 13 des HZV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 15 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Krankenkasse in angemessen kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.
- (3) Die Krankenkasse zahlt die HZV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach §§ 11, 12 des HZV-Vertrages.

§ 9

Videosprechstunde

Der Betreuarzt kann unter Einhaltung der notwendigen Voraussetzungen der Anlage 31b BMV-Ä, alle Leistungen mittels Videosprechstunde erbringen und zur Abrechnung bringen, bei denen keine physische Anwesenheit des Patienten zwingend erforderlich ist. Bei der Erbringung von Leistungen im Rahmen einer Online-Videosprechstunde muss dies mit der zusätzlichen Dokumentation der „OVS“ gekennzeichnet werden.

§ 10

Anhänge

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß HZV- Ziffernkranz
- Anhang 2 zu Anlage 3:** - nicht besetzt -
- Anhang 3 zu Anlage 3:** Zuschlag Rationale Pharmakotherapie
- Anhang 4 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag
- Anhang 5 zu Anlage 3:** - nicht besetzt -
- Anhang 6 zu Anlage 3:** Shared-Decision-Making
- Anhang 7 zu Anlage 3:** Zuschlag digitale und innovative Praxisausstattung
- Anhang 8 zu Anlage 3:** PSA-Screening