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	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen			
P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale	▪ Leistungen gemäß §§ 5, 6 des HzV-Vertrages ▪ Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres ist von der P1 umfasst	▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versichertenteilnahmequartals in voller Höhe ausgezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HzV-Versichertenverzeichnis gemäß § 12 Abs. 2 des HzV-Vertrages zugrunde gelegt ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes/Ausscheiden des Hausarztes (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HzV-Versicherten war, 6,00 EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahmejahr, in dem der Arztwechsel/Ausscheiden des Hausarztes oder des HzV-Versicherten aus der HzV stattgefunden hat, auch mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Hat in einem solchen Fall kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden, wird dem Hausarzt für jedes Quartal, in dem	72,00 EUR

		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 § 6 Abs. 2 und 3 des HzV-Vertrages	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Im ersten Versichertenteilnahmequartal eines Versichertenteilnahmejahres, 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 Versichertenteilnahmejahres ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	46,00 EUR
P3 **(kontaktabhängiger) Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten**	Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten (Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand) abgestimmte, die unter P2 genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung. (vgl. **Anhang 6 zur Anlage 3**)	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal **Voraussetzung:** nur für chronisch kranke Patienten angelehnt an die Definition des GBA: 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. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	27,00 EUR
P5 **Pflegeheimpauschale**	Förderung des Besuchs in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal.	▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr	15,00 EUR

		▪ P5 ist einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durch den HAUSARZT abrechenbar, sofern ein HAUSARZT-Patient-Kontakt in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen vorliegt. ▪ Die Anschrift der jeweiligen Einrichtung ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren. ▪ Die Leistungen PP1, PP2 und PP3 sind nicht im gleichen Leistungsquartal neben der P5 abrechenbar	
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 ▪ Wird nur dem Vertreterarzt („**Vertreterarzt**“) vergütet	20,00 EUR
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 Präventions-Zuschlag	Durchführung einer oder mehrerer Präventionsleistungen: ▪ 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 ▪ Erweiterte Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM, inkl. Adipositasberatung gem. Anlage 2 des HzV-Vertrages): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie.	▪ Max. 1 x je Präventionsleistung **Voraussetzung:** ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine oder mehrere der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr	20,00 EUR

	Insbesondere bei Bedarf: Bestimmung von Gamma-GT (EBM 32071), Glucose im Serum (EBM 32057), Serum-Kreatinin (EBM 32066 oder 32067) sowie kleines Blutbild inklusive Hämoglobin (EBM 32120) oder zusätzlich Hämoglobin (EBM 32038) ▪ 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		
Z1a **Impfzuschlag**	Durchführung der folgenden Leistung: Der HAUSARZT führt mindestens eine gemäß EBM (vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3)** abrechenbare Impfleistung durch und dokumentiert diese gemäß den STIKO-Impfrichtlinien.	▪ Max. 1 x pro Quartal und Versicherter **Voraussetzung:** ▪ Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der im Bereich Leistungsinhalt aufgeführten Impfleistungen erbracht und ordnungsgemäß dokumentiert.	04,00 EUR
Z2 **VERAH-Zuschlag**	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	▪ 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
Z4 **Rückwirkender Zuschlag bei der Betreuung von eingeschriebenen HzV-Versicherten wegen Praxisübernahme /-nachfolge bzw. Patientenübernahme bei Praxisschließung**	Versorgung von eingeschriebenen HzV-Versicherten, deren zuvor gewählter HAUSARZT nicht mehr an der HzV teilnimmt	▪ Der Zuschlag wird max. für 2 Quartale dem neuen Betreuarzt zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern in diesem Zeitraum eine Vertreterpauschale abgerechnet wurde und es sich um eine Praxis- oder Patientenübernahme handelt ▪ Der Zuschlag wird nicht neben einer P1 oder P2 vergütet	25,00 EUR

Z5 **Psychosomatik-Zuschlag auf P1**	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ (GOP 35100 und 35110 gemäß EBM vgl. Anhang 1)	▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 **Voraussetzung:** ▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband und MEDI per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.	10,00 EUR
Z6 **Zuschlag Palliativbehandlung**	Behandlung eines Palliativpatienten gemäß Leistungslegende EBM	▪ Zuschlag wird einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen Palliativpatienten handelt ▪ max. 5 x pro HzV-Versicherten ▪ nicht für HzV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält **Voraussetzung:** ▪ Nachweis Palliativpatient durch ICD-10-Code Z51.5 G ▪ mind. 1 Arzt- Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	120,00 EUR
Z7 **Zuschlag kleine Chirurgie**	Qualifikation des Arztes zur Er-bringung der Leistung „kleine Chirurgie“ (gemäß EBM vgl. Anhang 1)	▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 **Voraussetzung:** ▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband und MEDI per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem Meldequartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.	04,00 EUR
Z8 **Zuschlag Sonografie**	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ (gemäß EBM vgl. Anhang 1)	▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 **Voraussetzung:** ▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband und MEDI per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er	06,00 EUR

		die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem Meldequartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.	
Z9 **Zuschlag Shared-Decision-Making**	Vorhaltung und bedarfsgerechte Anwendungvon arriba zur Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz der Module Depression, kardiovaskuläre Prävention und orale Antikoagulation.	▪ Zuschlag auf jede vergütete P1 **Voraussetzung:** ▪ Der HAUSARZT muss dem Hausärzteverband und MEDI per verbindlicher Selbstauskunft erklären, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem Meldequartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HzV-Vertrages) oder des HzV-Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres dieser Zuschlag anteilig abgezogen.	02,00 EUR
Z10 **Zuschlag für besondere hausärztliche Koordinierung**	Die besondere hausärztliche Koordinierung beinhaltet, bei Bedarf, die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt, sowie kollegiale interdisziplinäre Fallkonferenzen. Im Falle der Teilnahmen eines Patienten am Facharztvertrag sind bei Terminvermittlung die Regelungen des Facharztvertrags gesondert zu berücksichtigen.	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr) ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	02,00 EUR
Z11 **Zuschlag Videosprech-Konsultation**	Durchführung einer Videosprechstunde unter Einhaltung der notwendigen Voraussetzungen innerhalb der Anlage 31b BMV-Ä. Nutzung eines von der KBV bzw. dem GKV-Spitzenverband zertifizierten Videodienstanbieter.	▪ Die Leistung wird max. 1 x am Tag und max. 3 x im Quartal vergütet	05,00 EUR

Z12 **Zuschlag für digitales Impfmanagement**	Einsatz eines digital gestützten Impfmanagements mit mindestens folgenden Funktionen: ▪ Überprüfung des ▪ Impfstatus nach STIKO-Indikationen ▪ Automatische Erstellung ▪ von Impfplänen ▪ Integriertes Patienteninformationssystem ▪ (Merkblätter, Atteste, ▪ Aufklärung) ▪ Integration aller marktgängigen Impfstoffe ▪ Lagerhaltung und Rezeptschreibung	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 **Voraussetzung:** ▪ Wird nur bei Vorliegen des Praxisausstattungsmerkmals „Einsatz eines digital gestützten Impfmanagement-Systems“ vergütet. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet.	04,00 EUR
Z13 **Zuschlag für Online-Terminvergabe**	Bereitstellung online buchbarer Termine über ein elektronisches Terminbuchungssystem mit folgenden Mindestanforderungen: ▪ Buchung in Echtzeit ▪ Terminbestätigung / -löschung per SMS oder E-Mail ▪ der Datenaustausch zwischen der Kalenderressource und dem Webservice des Providers muss verschlüsselt erfolgen.	▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 **Voraussetzung:** ▪ Zuschlag bei nachgewiesenem Infrastrukturmerkmal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	04,00 EUR
Z14 **Zuschlag klimaresiliente Versorgung**	Umsetzung der klimaresilienten Versorgung gem. **Anhang 9** zu dieser **Anlage 3**	▪ Der Zuschlag wird automatisch einmal im Kalenderjahr auf die P3 vergütet **Voraussetzung:** ▪ Wird nur bei Vorliegen des Nachweises einer Schulung mit Schwerpunkt „Klima und Gesundheit“ mit Teilnahme des HAUSARZTES und eines Teammitglieds (Stundenumfang von mind. 19h pro Woche in der Hausarztpraxis) vergütet.	08,00 EUR
Z15 **Zuschlag akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe**	Beschäftigung eines Physician Assistent oder vergleichbare (staatlich anerkannte) akademische Qualifikationen nichtärztlicher Gesundheitsberufe	Der Zuschlag auf die P1 wird abhängig vom Stundenumfang entsprechend dem Arbeitsvertrag des akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberuflers wie folgt vergütet: • 1 Stelle (ab 38 h pro Woche) 15,00 EUR auf P1 • 0,75 Stelle (ab 28,5 h pro Woche) 11,25 EUR auf P1 • 0,5 Stelle (19 h pro Woche) 7,50 EUR auf P1	15,00 EUR
Einzelleistungen			
03240 **Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment**	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser **Anlage 3** (GOP 03240)	Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr	17,00 EUR

Überprüfung Impfstatus	Überprüfung Impfstatus (inkl. „Abstempeln“ Bonusheft)	▪ Max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren **Voraussetzung:** Wird nur dem Betreuarzt vergütet	10,00 EUR
56091 **Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)**	• Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen • Ernährungsberatung (Vitamin K) • Arzt-Patient-Kontakt • Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen • Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Passes	Die 56091 kann einmal pro eingeschriebenen HzV-Versicherten durch den Hausarzt abgerechnet werden. Die Pauschale kann abgerechnet werden, wenn (1) dem Patienten erstmalig eine VKA-Therapie verordnet oder (2) der Patient auf eine VKA-Therapie umgestellt wird. Zudem muss mindestens eine der in Anlage 3 im Anhang 5 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden. Die 56091 kann nicht im gleichen Quartal neben der 56092 abgerechnet werden. Die 56091 kann nur vom Betreuarzt abgerechnet werden. Es muss ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal stattgefunden haben.	120,00 EUR einmalig pro HZV-Versicherten
56092 **Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)**	• Laboruntersuchungen • Führen des Passes, Terminmanagement • Arzt-Patient-Kontakt • Einwirken auf die Adhärenz des Patienten	Die 56092 ist einmal pro Quartal pro eingeschriebenen HzV-Versicherten, bei dem eine VKA-Therapie durchgeführt wird, durch den HAUSARZT abrechenbar. Zudem muss mindestens eine der in Anlage 3 im Anhang 5 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden. Die 56092 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguCheck®) nicht abrechenbar. Die 56092 kann nicht im gleichen Quartal neben der 56091 abgerechnet werden. Die 56092 kann nur vom Betreuarzt abgerechnet werden. Es muss ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal stattgefunden haben.	15,00 EUR / Quartal
56565 **VERAH® TopVersorgt**	Intensivierte Betreuung von Patienten mit höhergradiger Herzinsuffizienz und/oder Diabetes mellitus Typ 2 mit Komplikationen und/oder Zustand nach Myokardinfarkt und/oder Apoplexie	▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Max. 1 x pro Quartal und Versicherter ▪ Der Patient wird über die Inhalte des Programms aufgeklärt, das Merkblatt zu „VERAH® TopVersorgt“ ausgehändigt und das Einverständnis zur Teilnahme in der Patientenakte dokumentiert ▪ Weitere Bedingungen siehe **Anhang 7 zur Anlage 14**	50,00 EUR/ 1. Quartal; 30 EUR/ Folgequartale
Versorgungsmodul für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen			

Weitere Bestimmungen sind in Anhang 8 zu dieser Anlage 3 genannt			
Quartalspauschale PP1	Kontaktabhängige Quartalspauschale je Versichertem	PP1 wird einmal pro Quartal je eingeschriebenem Versicherten vergütet und beinhaltet dessen engmaschige, hausärztliche Betreuung insbesondere durch persönliche Besuche in der Heimeinrichtung. Die PP1 wird als **Zuschlag dem Betreuarzt** automatisch vergütet, wenn mindestens eine PP2 (Behandlungspauschale für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen) abgerechnet wurde	55,00 EUR Mit VERAH 60,00 EUR
Behandlungspauschale PP2	Kontaktabhängige Behandlungspauschale auf PP1	▪ PP2 kann maximal einmal am Tag abgerechnet werden, wenn ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt bzw. ein den Patienten betreffender Kontakt mit der Heimeinrichtung stattfindet. ▪ Nicht im gleichen Leistungsquartal neben der P5 abrechenbar	15,00 EUR
Einzelleistung PP3	Wechseln/Entfernen eines suprapubischen Harnblasenkatheters	▪ Wechseln/Entfernen eines suprapubischen Harnblasenkatheters. Mehrfach pro Quartal und Tag abrechenbar. ▪ Nicht im gleichen Leistungsquartal neben der P5 abrechenbar	20,00 EUR

Leistungen in Kooperation mit dem Facharztprogramm			
Fallkonferenz Rücken (Gültig ab 01.01.2015)	Eine Fallkonferenz kann erst nach orthopädischer Betreuung und Beratung (gemäß Anhang 5.4 zu Anlage 18 HZV sowie Anhang 1 und Anhang 4 zu Anlage 17 Orthopädievertrag bzw. auch aktueller NVL Kreuzschmerz/Patientenleitlinie Kreuzschmerz) insbesondere zur Funktion der Bandscheiben usw. durch den Orthopäden initiiert werden.	Die Fallkonferenz Rücken kann einmal innerhalb von max. 4 Quartalen in Folge abgerechnet werden, bei Patienten: (1) die an dem Facharztprogramm teilnehmen (2) mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen, (3) mit Schmerzzuständen von über 12 Wochen oder AU ab oder über 4 Wochen (4) mit Vorliegen einer M.54- Diagnose und einer der drei ICD Codes F45.40, F45.41 oder F62.80 Sollten weitere Fallkonferenzen innerhalb der 4 aufeinander folgenden Quartale erforderlich sein, sind diese durchzuführen (obligatorische Teilnahme) und ebenfalls in der Vergütung von 50 Euro inbegriffen.	50,00 EUR/ vier auf-einander folgende Quartale

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 den Hausärzteverband und MEDI e.V.). 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).

§ 2
Laufzeit

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 3** nebst Anhängen gilt zunächst bis zum 31. Dezember 2026 (vgl. § 13 Abs. 6 des HzV-Vertrages).

§ 3
Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 und P5 sowie Zuschläge und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die VAG, der Landesverband, und MEDI e.V. keine abweichende Vereinbarung treffen. Die VAG handelt insoweit mit Wirkung für die Betriebskrankenkassen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg 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.

II. Dokumentation

Der Hausarzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 6 Abs. 3 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

III. Abrechnung des Betreuarztes für die HzV-Versicherten, die ihn als Hausarzt gewählt haben

(1) Der Hausarzt rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als Hausarzt gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen, von der HzV erfassten Leistungen abgedeckt.

(2) Der Hausarzt ist verpflichtet, für die eingeschriebenen Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses HzV-Vertrages zu erbringen. Kann ein Hausarzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen Hausarzt erfolgen.

(3) 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 Baden-Württemberg. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

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

(1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht (unabhängig davon, ob dieser an der HzV teilnimmt) und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 15 Abs. 2 des HzV-Vertrages.

(2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

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

VI. Impfleistungen

(1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der Betriebskrankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".

(2) Für die Vergütung des Zuschlags für die Schutzimpfungen (Z1a) sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der HzV-Abrechnung zu dokumentieren.

VII. Rückwirkender Zuschlag bei der Betreuung von eingeschriebenen HzV-Versicherten wegen Praxisübernahme /-nachfolge bzw. Patientenübernahme bei Praxisschließung

(1) HzV-Versicherte, die bei einem HAUSARZT eingeschrieben sind, der seine Teilnahme an der HzV kündigt oder die Teilnahmevoraussetzung an der HzV verliert (z. B. verspätete Meldung der Zulassungsrückgabe und Verstoß gegen die Meldepflicht gemäß § 7 Abs. 3), können einer sogenannten Pseudo-LANR zugeordnet werden. Dies gibt anderen HzV-Ärzten die notwendige Vorlaufzeit, die HzV-Versicherten neu einzuschreiben sowie der Betriebskrankenkasse die Zeit, die Teilnahme der betroffenen HzV-Versicherten termingerecht vor Erstellung des Versicherten-Teilnehmerverzeichnisses gemäß Anlage 4 des Vertrages zu beenden.

(2) Die Zuordnung eines HzV-Versicherten zur sogenannten Pseudo-LANR beträgt maximal 2 Quartale.

(3) In diesem Zeitraum abgerechnete Vertreterpauschalen (VP) des neuen HAUSARZTES werden für maximal 2 Quartale durch einen entsprechenden Zuschlag auf die Höhe der Vergütung der Pauschale P2 angehoben. Folgende Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein:

a) HzV-Versicherter wird unter der Pseudo-LANR geführt

b) Abrechnung der VP durch den neuen HAUSARZT (Betreuarzt)

c) HzV-Teilnahme des Versicherten beim neuen HAUSARZT (Betreuarzt) spätestens zum 3. Quartal nach Ausscheiden des seitherigen HAUSARZTES.

(4) Die mit der KVBW abgestimmte Pseudo-LANR lautet: 999999701

(5) Die mit der KVBW abgestimmte Pseudo-BSNR lautet: 550000000

(6) Für den unter (3) genannten Zuschlag wird die neue Vergütungsposition „Z4“ geschaffen.

§ 4
Praxisgebühr

entfallen

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

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

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

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

(2) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. versenden an den Hausarzt jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis im Sinne des § 12 Abs. 2 des HzV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HzV-Versicherte.

(3) Der Hausarzt übermittelt dem Hausärzteverband und MEDI e.V. seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**HzV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 5. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober) („**HzV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung sind der Hausärzteverband und MEDI e.V. berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Betriebskrankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

(4) Der Hausärzteverband und MEDI e. V. sind 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 erstellen der Hausärzteverband und MEDI e.V. die Abrechnungsdatei**.** Bei Beanstandungen der Betriebskrankenkasse überprüfen der Hausärzteverband und MEDI e.V. die Abrechnungsdatei erneut. Sie sind verpflichtet, den von einer Beanstandung der Betriebskrankenkasse im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie 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. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. prüfen den Betrag aller von der Betriebskrankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 Abs. 2 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 7 dieser **Anlage 3** und übersenden dem Hausarzt nach Erhalt der Zahlung von der Betriebskrankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**"). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungspauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechtigte Abrechnungsrügen.

(6) Der Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband und MEDI e.V. etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.

(7) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Betriebskrankenkasse hinausgehender Ansprüche des Hausarztes werden sich der Hausärzteverband und MEDI e.V. im Benehmen mit dem Hausarzt um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Betriebskrankenkasse bemühen. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des Hausarztes verpflichtet, sofern sie dem Hausarzt nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt haben, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 6
Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der Betriebskrankenkasse

(1) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. übersenden nach ihrer Abrechnungsprüfung die Abrechnungsdateien aller teilnehmenden Betriebskrankenkassen („Abrechnungsdatei") zwischen dem 19. und 22. Kalendertag des 2. Monats eines jeden Quartals an die von der Betriebskrankenkasse schriftlich benannte Stelle. Eine Lieferung der Abrechnungsdatei zum 19. Kalendertag des 2. Monats eines jeden Quartals wird angestrebt. Kann dieser Termin nicht

eingehalten werden, erfolgt unverzüglich nach Bekanntwerden eine „Verhinderungs- und Verzögerungsanzeige“ an die von der Betriebskrankenkasse schriftlich benannte Stelle. Spätestens 5 Arbeitstage nach Übersendung der Abrechnungsdatei erfolgt eine Vorabfreigabe durch die von der Betriebskrankenkasse schriftlich benannte Stelle. Unmittelbar nach erfolgter Vorabfreigabe übersenden der Hausärzteverband und MEDI e.V. den entsprechenden Rechnungsbrief an die Betriebskrankenkasse.

(2) Die Betriebskrankenkasse ist innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Arbeitstagen („Zahlungsfrist“) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei und im Rechnungsbrief genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens zwei Arbeitstage (Montag bis Freitag) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird.

(3) 14 Arbeitstage nach Erhalt der Abrechnungsdatei übersendet die von der Betriebskrankenkasse schriftlich benannte Stelle etwaige Rügen an den Hausärzteverband und MEDI e.V. Diese Rügen werden im Abrechnungslauf des darauffolgenden Quartals berücksichtigt.

(4) Die Betriebskrankenkasse leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 13 Abs. 3 des HzV-Vertrages. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 13,50 EUR pro bei dem Hausarzt in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HzV-Versicherten. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für Q1: 1. Februar, 1. März, 1. April; z.B. für Q2: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.).

(5) Die Betriebskrankenkasse hat eine Prüffrist von 3 Jahren („**BKK-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei insbesondere gemäß den in § 7 dieser **Anlage 3** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen und gegebenenfalls rügen kann. Ist die Betriebskrankenkasse der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung der HzV-Vergütung zugrunde liegt oder im Hinblick auf die abgerechnete HzV-Vergütung eine Doppelabrechnung vorliegt, hat sie dies dem Hausärzteverband und MEDI e.V. innerhalb der BKK-Prüffrist schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Nach Ablauf der BKK-Prüffrist sind Abrechnungsrügen mit der Folge einer möglichen Verrechnung nach Maßgabe von § 15 Abs. 3 des HzV-Vertrages und dieser **Anlage 3** ausgeschlossen; die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen erfolgt nach Ablauf der BKK-Prüffrist gemäß den gesetzlichen Regelungen.

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

§ 7
Abrechnungsprüfkriterien

(1) Der Hausärzteverband und MEDI e.V., die VAG und die Betriebskrankenkasse prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 13 bis 16 des HzV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).

(2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:

a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HzV;

b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);

c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;

d) Angabe der erforderlichen Diagnosen Dokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.

(3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband und MEDI e.V. an die Betriebskrankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 i.V.m. 1b 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 (§ 15 des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 12** einschlägig sein.

(6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 13 Abs. 6 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8
Auszahlung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband und MEDI e.V.

(1) Der Hausärzteverband und MEDI e.V. sind berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Betriebskrankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; sie bedienen sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der Hausärzteverband und MEDI e.V. prüfen den Betrag der von der Betriebskrankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 dieser Anlage 3) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser Anlage 3.

(2) Die HÄVG ist berechtigt, die von der Betriebskrankenkasse 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 und MEDI e.V. sind verpflichtet, Zahlungen der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an den Hausärzteverband und MEDI e.V. tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach §§ 11, 12 des HzV-Vertrages.

§ 9
Anhänge

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

Anhang 1 zu Anlage 3:	BKK HzV-Ziffernkranz
Anhang 2 zu Anlage 3:	entfällt
Anhang 3 zu Anlage 3:	Zuschlag zur Rationalen Pharmakotherapie auf P2
Anhang 4 zu Anlage 3:	VERAH-Zuschlag
Anhang 5 zu Anlage 3:	Aufwandsvergütung in der VKA-Therapie
Anhang 6 zu Anlage 3:	Zuschlag für chronisch kranke Patienten
Anhang 7 zu Anlage 3:	entfällt
Anhang 8 zu Anlage 3:	Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Versorgungsmodul für Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen
Anhang 9 zu Anlage 3:	Klimaresiliente Versorgung