

§1 HZV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anhang 1** (HZV-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu dieser **Anlage 3** 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 a Kontaktunabhängige Grundpauschale	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages • Leistungsinhalt der P2a im ersten Kontaktquartal des Versicherten-teilnahmejahres ist von der P1a umfasst 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Versichertenteilnahme-jahr für Versicherte ab 12 Jahre • P1 a wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versichertenteilnahmequartals in voller Höhe ausgezahlt, sofern es sich um einen Versicherten handelt, der das 12. Lebensjahr vollendet hat. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HZV-Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HZV-Vertrages zugrunde gelegt. Erfolgt vor Ablauf des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des Hausarztes / Ausscheiden des Hausarztes (§ 5 des HZV-Vertrages) oder des HZV-Versicherten aus der HZV werden dem Hausarzt für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr 	65,00 EUR

		<p>Betreuarzt des HZV-Versicherten war, 6,25 EUR von der P1 a abgezogen, sofern in dem unvollständigen Versichertenteilnahme-jahr, in dem der Arztwechsel / Ausscheiden des Hausarztes oder des HZV-Versicherten aus der HZV stattgefunden hat, auch mindestens ein 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 16,25 EUR von der P1 a abgezogen.</p> <p>Hinweis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet 	
<p>P1 b Kontaktunabhängige Grundpauschale</p>	<p>Leistungen gemäß § 3 des HZV-Vertrages</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal bei Versicherten bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres • P1 b wird jeweils im Zuge der Abrechnung eines Versichertenteilnahme-quartals in voller Höhe ausgezahlt, sofern es sich um einen Versicherten handelt, der das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HZV-Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HZV-Vertrages zugrunde gelegt • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>6,25 EUR</p>

<p>P2 a Kontaktabhängige Pauschale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal bei Versicherten ab 12 Jahre max. 3 x pro Versichertenteilnahme-jahr • Die P2 a wird im ersten Versichertenteilnahmequartal eines Versichertenteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1a abgedeckt ist <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versichertenteilnahmejahres • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>40,00 EUR</p>
<p>P2 b Kontaktabhängige Pauschale</p>	<p>Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung • Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HZV-Vertrages</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal bei Versicherten bis 12 Jahre • Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versichertenteilnahmejahres • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>40,00 EUR</p>

<p>P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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.) 	<p>P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal • Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt vergütet • Mindestens ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	<p>25,00 EUR</p>
---	---	---	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal • Nicht am selben Tag mit der Zielauftrags-pauschale abrechenbar • Bei Vertretungen innerhalb einer BAG / eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • Wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	12,50 EUR
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar • Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	12,50 EUR

Zuschläge			
Z1 Sonografie - Zuschlag auf P1 a und P1 b	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (s. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 a und P1 b • 1 x pro Versichertenteilnahme-jahr • Anrechnung ab dem Quartal, ab dem der Arzt diese Qualifikation besitzt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung 	8,00 EUR
Z2 Psychosomatik-Zuschlag auf P1a und P1 b	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (s. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 a und P1 b • 1x pro Versichertenteilnahme-jahr • Anrechnung ab dem Quartal ab dem der Arzt diese Qualifikation besitzt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über Besitz der Qualifikation 	6,00 EUR
Z3 VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) in der häuslichen Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahme-jahr) • Weitere Einzelheiten zur Abrechnung des VERAH-Zuschlags werden in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	8,00 EUR
Z4 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2 a und P2 b	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware Derzeit ausgesetzt	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P2 a und P2 b (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr), sofern die in Anhang 2 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	4,00 EUR

<p>Z5 Kleine Chirurgie-Zuschlag auf P1 a und P1 b</p>	<p>Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ gemäß HZV-Ziffernkranz (vgl. Anhang 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1a und P1 b • 1 x pro Versichertenteilnahmejahr • Abrechnung ab dem Quartal, ab dem der Arzt diese Qualifikation besitzt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis für die Erbringung der Leistung 	<p>5,00 EUR</p>
<p>Z6 Zuschlag für Hausbesuche auf P3</p>	<p>Durchführung von Hausbesuchen (Besuch, Dringender Besuch II, Besuch eines weiteren Kranken, Visite auf der Belegstation, je Patient, Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen) bei chronisch kranken Patienten gemäß den Besuchsziffern 01410, 01411, 01412, 01413, 01415</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag für Hausbesuche bei chronisch kranken Patienten • max. 4 x pro Versichertenteilnahme-jahr • Z6 wird vergütet ab dem und einschließlich des 10. Hausbesuches des Hausarztes in einem Abrechnungsquartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt vergütet. • Bei der Abrechnung sind die Besuchstage mit anzugeben 	<p>5,00 EUR</p>

<p>Z7 Zuschlag für Patientenzufriedenheit</p>	<p>Förderung ausschließlicher Inanspruchnahme des Betreuarztes im vereinbarten Leistungsumfang</p> <p>Derzeit ausgesetzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x pro Abrechnungsquartal pro Arzt <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 95 % der HZV-Versicherten, die den Hausarzt als Betreuarzt gewählt haben, nehmen ärztliche Leistungen nur nach den Vorgaben der Teilnahmebedingungen Versicherte in Anspruch, die § 73 b Abs. 4 Satz 2 entsprechen (Aufsuchen des Betreu- bzw. Vertreterarztes, grds. Überweisung für Fachärzte soweit nicht ausdrücklich abweichend in den Teilnahmebedingungen Versicherte geregelt) • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>200,00 EUR</p>
<p>Z8 Präventions-Zuschlag</p>	<p>Durchführung einer der folgenden Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: <ul style="list-style-type: none"> - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von zwei Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Gesundheitsuntersuchung: max. 1 x innerhalb von zwei Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Mann: max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr 	<p>4,00 EUR</p>

	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien		
Einzelleistungen „Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen“			
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes			
00030 LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“</p> <p>Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen¹ E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00031) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
00031 Nachsorgekontrolle bei positiven Befund	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR

<p>00032 Diabetische Neuropathie</p>	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“</p> <p>eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament)</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose¹ E1*.4- und/oder G59.0, G63.2, G99.0-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00033) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>00033 Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose G59.0, G63.2 oder G99.0- und E1*.4- oder E1*.7-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie abrechenbar (00032) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie</p>			
<p>00034 pAVK</p>	<p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“</p> <p>eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00035) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>

	<p>Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose¹ (ICD I70.-)</p>		
<p>00035 Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7- bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>00036 Chronische Nierenkrankheit</p>	<p>Untersuchung entsprechend der Praxisempfehlungen der DDG „Nephropathie bei Diabetes“</p> <p>Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen</p> <p>Wiederholung im 2-wöchigen Abstand</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Diagnose¹ N18.-, N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00037) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>00037 Nachsorgekontrolle bei positiven Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung 	<p>15,00 EUR</p>

	<p>Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei diabetischer Grunderkrankung N18.-, N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 und E1*.2- oder E1*.7- • bei hypertensiver Grunderkrankung N18.-, N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 	<p>ung Chronische Nierenkrankheit (00036)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
--	---	---	--

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

Modul „Shared-Decision-Making“

<p>00038 Einsatz eines digitalen Moduls zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making)</p>	<p>Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 5 zur Anlage 3 aufgeführten Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 2x im Kalenderjahr ▪ 1x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 5 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung per Selbstauskunft ▪ Absolvierung einer Schulung zur Nutzung des Moduls ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ nicht neben der 00039 abrechenbar 	<p>15,00 EUR</p>
<p>00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar ▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar <p>Voraussetzung:</p>	<p>30,00 EUR</p>

	<p>Einsatz des Shared-Decision-Moduls Depression, soweit die Depression bisher noch nicht bekannt war. Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Depression nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat. Dokumentiert durch eine gesicherte spezifische Depressionsdiagnose F32.0-F32.3, F33.0-F33.4</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Arzt-Patienten-Kontakt▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
--	---	---	--

Einzelleistungen			
01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): <ul style="list-style-type: none"> • zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder • an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 - 19:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar • Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	25,00 EUR
01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): <ul style="list-style-type: none"> • zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder • an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 - 07:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar • Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	35,00 EUR
01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 01611)		30,00 EUR
03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03240)	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 2 x pro Versichertenteilnahme-jahr 	16,00 EUR
03321 Belastungs-Elektrokardio-graphie (Belastungs-EKG)	Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03321)		26,00 EUR

Überprüfung Impfstatus	Überprüfung Impfstatus (inkl. „Abstempeln“ Bonusheft)	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR
-----------------------------------	---	--	------------------

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter Hausarzt.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HZV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HZV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HZV teilnimmt (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 den HÄV-SH). Bei einem durch die Krankenkasse 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 <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxismgemeinschaften, 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. März 2025 (§ 10 Abs. 6 des HZV-Vertrages). Einigen sich die Krankenkassen und der Hausärzterverband bis zum 31. Dezember 2024 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelungen, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen bis zur Vereinbarung einer neuen Vergütungsanlage fort.

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „HZV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HZV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die Krankenkasse und der HÄV-SH keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der Hausarzt bereits jetzt zu.

II. Dokumentation

Der Hausarzt hat alle Diagnosen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß gemäß § 295 Abs. 1 SGB über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 3 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind 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, 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 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 Schleswig-Holsteins. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- (4) Mit Ausnahme der Disease-Management-Programme sind für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte keine regionalen Gebührenordnungsnummern abrechnungsfähig.
- (5) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 Oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
 3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

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 Schleswig-Holsteins abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 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 Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins 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 Praxisgebühr - entfällt -

§ 5 Abrechnung der HZV-Vergütung durch die HÄVG

- (1) Der HÄV-SH ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV- Vergütung des Hausarztes nach den Vorgaben dieser Anlage 3 verpflichtet. Der von dem HÄV-SH hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:

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

- (2) Die HÄV-SH 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 § 9

Abs. 2 des HZV-Vertrages). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HZV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HZV-Versicherte.

- (3) Der Hausarzt übermittelt dem HÄV-SH 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 ist der HÄV-SH berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen
- (4) Der HÄV-SH 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 HÄV-SH die Testabrechnung sowie die Abrechnungsdatei. Bei Beanstandungen der von der Krankenkasse gemäß § 2 Abs. 8 HZV-Vertrag benannten Stelle innerhalb der Testprüffrist und bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse überprüft der HÄV-SH die Testabrechnung bzw. die Abrechnungsdatei erneut. Sie ist verpflichtet den Teil der Testabrechnung bzw. der Abrechnungsdatei zu korrigieren, der von einer Beanstandung der von der Krankenkasse gemäß § 2 Abs. 8 HZV-Vertrag benannten Stelle im Sinne des vorstehenden Absatzes 1 sowie der Abrechnungsrüge betroffen ist, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Die HÄVG prüft den Betrag aller von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 4 Abs. 2 dieser Anlage 3) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 7 dieser **Anlage 3** und 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 Verwaltungspauschale, die einbehaltene Praxisgebühr sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der HÄVG unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der HÄVG etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Die HÄVG 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 spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

- (9) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Krankenkasse hinausgehender Ansprüche des Hausarztes wird sich die HÄVG im Benehmen mit dem Hausarzt um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Krankenkasse bemühen. Die HÄVG 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 durch den HÄV-SH gegenüber der Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der HÄV-SH der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der HÄV-SH 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 von der Krankenkasse gemäß § 2 Abs. 8 HZV-Vertrag benannte Dienstleistungsgesellschaft hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die von der Krankenkasse gemäß § 2 Abs. 8 benannte Dienstleistungsgesellschaft der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Prüffrist dem HÄV-SH schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.

- a. Erfolgt innerhalb der Prüfungsfrist keine Abrechnungsrüge, ist die Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen (**„Zahlungsfrist“**) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
 - b. Erfolgt innerhalb der 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 Zahlungen).
- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom HÄV-SH benannte Konto der HÄVG (**„Abrechnungskonto“**) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der HÄV-SH spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (4) Die Krankenkasse leistet drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal im Sinne von § 10 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 Krankenkasse kann gegenüber dem HÄV-SH binnen drei Jahren nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 7

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der HÄV-SH, die von der Krankenkasse benannte Stelle gemäß § 2 Abs. 8 HZV-Vertrag und die Krankenkasse prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a. Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HZV;
 - b. Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/ des VERAH-Zuschlags (erforderliche Qualifikationen,

- Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
- c. Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d. Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**;
 - e. Vorliegen vollständiger Informationen zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes gemäß § 5 Abs. 1 b), Abs. 3 dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der vom HÄV-SH an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 iVm. 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den Hausarzt über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 12 des HZV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 9** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 10 Abs. 6 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8

Auszahlung der HZV-Vergütung durch den HÄV-SH

- (1) Der HÄV-SH 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 und Zahlstelle. Der HÄV-SH 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) Der HÄV-SH ist berechtigt 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 HÄV-SH 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 Anhänge

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

- (1) **Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM
- (2) **Anhang 2 zu Anlage 3:** Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag
- (3) **Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag
- (4) **Anhang 4 zu Anlage 3:** Berechnung der Obergrenze gemäß § 10 Abs. 9 des
HZV- Vertrages
- (5) **Anhang 5 zu Anlage 3:** Shared-Decision-Making