## 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).

Es gelten die Abrechnungsregeln und Abrechnungsausschlüsse des zum Abrechnungszeitraum gültigen EBM‘s

| Leistung / Bezeichnung | Leistungsinhalt | Abrechnungsregeln | Betrag |
|---|---|---|---|
| **Pauschalen** | | | |
| **P1**<br>**HZV-Strukturpauschale** | ▪ Gezielte Förderung der Eigenverantwortung des Versicherten für seine Gesundheit im Sinne des § 1 SGB V<br>▪ Koordinierung und Steuerung der ärztlichen Leistungen gemäß § 2 Abs. 1 des HZV-Vertrages zur Verbesserung der Patientenversorgung<br>▪ Erfüllen der zusätzlichen Voraussetzungen, qualitativen Anforderungen und spezifischen Pflichten gemäß § 3 des HZV-Vertrags | ▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr, möglichst zu Beginn des Teilnahmejahres nach erfolgter Meldung, dass die folgenden Aufgaben erfüllt sind:<br>▪ Bei teilnehmenden Versicherten ab vollendetem 70. Lebensjahr Aufgabe gemäß **a)**<br>▪ Bei allen anderen teilnehmenden Versicherten Aufgabe gemäß **b)**<br><br>**a)**<br>eingehende Beratung über mögliche nachteilige Folgen einer Über-, Unter- oder sonstigen Fehlversorgung | **20,00 EUR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | mit (verordneten oder selbst gekauften) Arzneimitteln sowie über deren Nebenwirkungen bzw. über Wechselwirkungen bei Einnahmen mehrerer Medikamente.<br>Motivation zur Bekanntgabe der verwendeten Medikamente bei jedem Arztbesuch.<br><br>**b)**<br>Wahrnehmen der familienärztlichen Verantwortung und der Gesundheitsbildungsfunktion des Hausarztes durch eingehende Beratung zu Fragen der Gesundheitsförderung (z.B. gesunde Ernährung, ausreichenden Bewegung) und zu Gefahren für die Gesundheit (z.B. Alkohol, Nikotin) auch mit Bezug auf im Haushalt lebende Kinder (Gesundheitserziehung), Partner oder alte Eltern (Pflege und Betreuung erkrankter oder pflegebedürftiger Angehörigen) sowie Motivation des Versicherten zur Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit.<br><br>Für beide Aufgaben und die motivierenden Patientengespräche, die z.T. auch geeignetem Praxispersonal übertragen werden können, hat die Krankenkasse bis 1. Juli 2014 einen Gesprächsleitfaden bereitzustellen. Außerdem hat sie dem HAUSARZT ein Faltblatt zur Verfügung zu stellen, das zur Vertiefung des Besprochenen dem Versicherten übergeben werden kann.<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt („Betreuarzt“) vergütet | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **P2**<br>**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.<br><br>▪ Information der Versicherten zur HZV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des HZV-Vertrages | ▪ Max. 1 x pro Quartal<br>▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Mind.1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **40,00 EUR** |
| **P3**<br>**Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand** | ▪ Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung<br>▪ 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<br>▪ 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 (Schlu- | 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.<br><br>▪ Max. 1 x pro Quartal<br>▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr<br><br>**Voraussetzung**:<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet<br>▪ Mindestens ein HAUSARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal | **36,50 EUR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.)<br>▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt.<br>▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention | | |
| **Vertreterpauschale** | Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Zusätzlich der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen und ohne Berücksichtigung der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung. | ▪ Max. 1 x pro Quartal<br>▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar<br>▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal<br>▪ Wird nur dem Vertreterarzt („**Vertreterarzt**“) vergütet | **12,50 EUR** |
| **Zielauftragspauschale** | Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung. | ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar<br>▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal<br>▪ Wird nur dem Vertreterarzt („**Vertreterarzt**“) vergütet | **12,50 EUR** |
| **Zuschläge** | | | |
| **Z1 Sonografie-Zuschlag auf P2** | Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „ Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) | ▪ Zuschlag auf P2<br>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr<br>▪ Anrechnung ab dem Quartal, in dem der Arzt diese Qualifikation besitzt | **8,00 EUR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Voraussetzung:**<br>▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung. | |
| **Z2 Kleine Chirurgie Zuschlag auf P2** | Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) | ▪ Zuschlag auf P2<br>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis für die Erbringung der Leistung. | **5,00 EUR** |
| **Z3 Psychosomatik-Zuschlag auf P2** | Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1) | ▪ Zuschlag auf P2<br>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr<br>▪ Anrechnung ab dem Quartal, in dem der Arzt diese Qualifikation besitzt<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über Besitz der Qualifikation für die Erbringung der Leistung. | **6,00 EUR** |
| **Z4 VERAH-Zuschlag auf jede P3** | Betreuung der Patienten durch einen VERAH-geprüften MFA (Versorgungsassistenten) in der hausärztlichen Praxis) | ▪ Zuschlag auf P3<br>▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlags werden in **Anhang 3** zu dieser **Anlage 3** geregelt.<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Ein MFA/Arzthelfer des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **8,00 EUR** |
| **Z5 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf P2** | Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware.<br><br>Derzeit ausgesetzt | ▪ Zuschlag für jeden betreuten Versicherten im Abrechnungsquartal (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr, sofern die in **Anhang 4** zu dieser **Anlage 3** genann- | **4,00 EUR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ten Quoten erfüllt sind.<br><br>**Voraussetzung**:<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. | |
| **Z6 Check-up Zuschlag auf P1** | Gesundheitsuntersuchung für über 35-Jährige gemäß EBM 01732, erweitert um folgenden Leistungen:<br><br>▪ Bestimmung von HDL-Cholesterin (EBM 32061), LDL- Cholesterin (EBM 32062), Gamma-GT (EBM 32071), Hämoglobin (EBM 32038);<br><br>▪ Beratung des Versicherten über Lebensstiländerung | ▪ Zuschlag auf P1<br>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr bei Erreichung der in **Anhang 5** zu dieser **Anlage 3** genannten Quoten<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. | **2,00 EUR** |
| | Kindervorsorgeuntersuchungen U7, U8, U9, J1, J2 | ▪ Zuschlag auf P2<br>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr bei Erreichung der in **Anhang 5** zu dieser **Anlage 3** genannten Quoten<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **2,00 EUR** |
| **Z7 Impfzuschlag auf P2** | Influenza-Impfung für Versicherte über 60 Jahre gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware | ▪ Zuschlag auf P2<br>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr bei Erreichung der in Anhang 5 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **2,00 EUR** |
| | Zweite MMR (Masern, Mumps, Röteln) für Versicherte der entsprechenden Altersgruppe gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware | ▪ Zuschlag auf P2<br>▪ 1 x pro Versichertenteilnahmejahr bei Erreichung der in Anhang 5 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **2,00 EUR** |

| Einzelleistungen „Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen“ | | | |
|---|---|---|---|
| **Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes** | | | |
| **00030**<br>**LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)** | Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“<br><br>Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben<br><br>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen[1] E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2* | ▪ 1 x im Kalenderjahr<br>▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00031)<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **15,00 EUR** |
| **00031**<br>**Nachsorgekontrolle bei positiven Befund** | Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie<br>Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue<br><br>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung.<br>Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7- | ▪ 1 x pro Quartal<br>▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS<br>▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (00030)<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **15,00 EUR** |
| **00032**<br>**Diabetische Neuropathie** | Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“<br><br>eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament)<br><br>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose[1] E1*.4- und/oder G59.0, G63.2, G99.0- | ▪ 1 x im Kalenderjahr<br>▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00033)<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **15,00 EUR** |
| **00033**<br>**Nachsorgekontrolle** | Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunder- | ▪ 1 x pro Quartal<br>▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 | **15,00 EUR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **bei positiven Befund** | krankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie<br>Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue<br><br>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung.<br>Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose G59.0, G63.2 oder G99.0- und E1*.4- oder E1*.7- | Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie<br>▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Diabetische Neuropathie abrechenbar (00032)<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | |
| **Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie** | | | |
| **00034**<br>**pAVK** | Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“<br><br>eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI)<br><br>Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose[1] (ICD I70.-) | ▪ 1 x im Kalenderjahr<br>▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00035)<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **15,00 EUR** |
| **00035**<br>**Nachsorgekontrolle bei positiven Befund** | Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie<br>Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue<br><br>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung.<br>Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose<br>• bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7-<br>bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2- | ▪ 1 x pro Quartal<br>▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung pAVK<br>▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung pAVK abrechenbar (00034)<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **15,00 EUR** |
| **00036**<br>**Chronische Nierenkrankheit** | Untersuchung entsprechend der Praxisempfehlungen der DDG „Nephropathie bei Diabetes“ | ▪ 1 x im Kalenderjahr<br>▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (00037) | **15,00 EUR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen<br><br>Wiederholung im 2-wöchigen Abstand<br><br>Versicherte mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Diagnose[1] N18.-,N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2 | **Voraussetzung:**<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | |
| **00037**<br>**Nachsorgekontrolle bei positiven Befund** | Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue<br><br>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung.<br>Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose<br>• bei diabetischer Grunderkrankung N18.-,N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 und E1*.2- oder E1*.7-<br>• bei hypertensiver Grunderkrankung N18.-,N18.8-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 | ▪ 1 x pro Quartal<br>▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit (00036)<br>▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung Chronische Nierenkrankheit abrechenbar<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **15,00 EUR** |
| [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“** | | | |
| **00038**<br>**Einsatz eines digitalen Moduls zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making)** | Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in **Anhang 6 zur Anlage 3** aufgeführten Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung | ▪ max. 2x im Kalenderjahr<br>▪ 1x pro Quartal<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 6 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen Module zur gemeinsamen Entscheidungsfindung per Selbstauskunft<br>▪ Absolvierung einer Schulung zur Nutzung des Moduls | **15,00 EUR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet<br>▪ nicht neben der 00039 abrechenbar | |
| **00039 Nachsorgekontrolle bei positivem Befund** | Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie<br>Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue<br><br>Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter Einsatz des Shared-Decision-Moduls Depression, soweit die Depression bisher noch nicht bekannt war. Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Depression nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat.<br>Dokumentiert durch eine gesicherte spezifische Depressionsdiagnose F32.0-F32.3, F33.0-F33.4 | ▪ 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar<br>▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz der Leistungsziffer 00038 abrechenbar<br><br>**Voraussetzung:**<br><br>▪ Arzt-Patienten-Kontakt<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **30,00 EUR** |
| **Einzelleistungen** | | | |
| **01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I** | Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**):<br><br>▪ Zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder<br>▪ 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 | ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar<br>▪ 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):**<br><br>▪ Zwischen 22:00 und 07:00 | ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar<br>▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden | **40,00 EUR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Uhr oder<br>▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00-07:00 Uhr | | |
| **01731 ff Krebsfrüherkennungsuntersuchung** | ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): | | **16,00 EUR** |
| | ▪ Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gemäß Abschnitt B. 1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (vgl. **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**): | | **25,00 EUR** |
| **01711 ff Kindervorsorge** | Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1, J2 | **Voraussetzung:**<br>▪ Ist nur durch den Vertreterarzt abrechenbar. | **30,00 EUR** |
| **Hausärztlich geriatrisches Basisassessment** | Erbringung der Leistung gemäß EBM (GOP 03240) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung | ▪ Max. 1 x pro Quartal abrechenbar für Versicherte vom 61. Lebensjahr an<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **17,00 EUR/ Leistung** |
| **Heimbesuch** | Geplante ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich in ein Alten- und/oder Pflegeheim zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben. | ▪ Die Leistung ist nicht am gleichen Tag, wie die Leistung „Besuch“ abrechenbar.<br>▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Heimbesuch“ abrechenbar | **13,00 EUR/ Leistung** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ▪ Max. 4 x pro Quartal<br>▪ Die Leistung ist für einen HZV-Versicherten nur einmal pro Tag abrechenbar. | |
| **01415 Dringender Heimbesuch** | Leistungserbringung gemäß EBM | | **54,15 EUR** |
| **Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten** | Betreuung von Patienten mit einer Palliativerkrankung gem. Definition der WHO:<br><br>Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patient mit einer (progredienten) voranschreitenden weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw.- steigerung im finalen Krankheitsstadium. | ▪ Max. 1 x pro Quartal<br>▪ Nicht abrechenbar neben der P2 und P3<br><br>**Voraussetzung:**<br>▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet | **120,00 EUR** |
| **Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten** | Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten. | ▪ Max. 10 x pro Quartal<br>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet<br>▪ Abrechenbar neben der Leistungen Heimbesuch. | **20,00 EUR** |
| Wegepauschale (Zone A) | Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz. | Die WP A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB oder ZBE abgerechnet werden.<br><br>Die Wegepauschale WP A ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und | **5,00 EUR/ Leistung** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | WP B und WP C abrechenbar. | |
| Wegepauschale (Zone B) | Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz. | Die WP B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB oder ZBE abgerechnet werden.<br><br>Die Wegepauschale WP B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und WP A und WP C abrechenbar. | **10,00 EUR/ Leistung** |
| Wegepauschale (Zone C) | Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz. | Die WP C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB oder ZBE abgerechnet werden.<br><br>Die Wegepauschale WP C ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und WP A und WP B abrechenbar | **15,00 EUR/ Leistung** |

| **Definition** | **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 ersten Tag, an dem der Versicherte als HZV-Versicherter im Sinne des HZV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HZV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an den Hausärzteverband). 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.).<br><br>Ab dem 5., 9., 13. Versichertenteilnahmequartal beginnt jeweils ein neues Versichertenteilnahmejahr. |
| Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) | Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von<br>▪ Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder<br>▪ Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder<br>▪ MVZ untereinander<br>zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.<br>Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR). |

## § 2
## Laufzeit

Diese **Anlage 3** tritt am 01. April 2022 in Kraft. § 10 Abs. 5 des HZV-Vertrages bleibt unberührt. Die Vergütungsregelungen gemäß der §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31. März 2025 (§ 10 Abs. 7 des HZV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 des HZV-Vertrages.

## § 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 Landesband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HZV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

### 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. 6 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 die HZV-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. 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 HZV-Ziffernkranz nach Anhang 1 zu dieser Anlage 3 nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

(4) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.

3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

## 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. 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 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
## 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. Die für die Abrechnungsdatenverarbeitung vom Hausärzteverband beauftragten Stelle im Sinne von § 295a Abs. 2 SGB V ist derzeit die HÄVG.

(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. § 5 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 Abrechnungsnach-

weis 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** berechtigte Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Krankenkasse.

(7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Hausärzteverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzteverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.

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

## § 5
## Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse

(1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung der in § 4 dieser Anlage genannten 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. 4 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 12 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

## § 6
## 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 und Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3.**

(2) Der Hausärzteverband ist berechtigt und 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; § 14 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 und 12 des HZV-Vertrages.

## § 7
## Abrechnungsprüfkriterien

(1) Die Dienstleistungsgesellschaft für den Landesverband und die Krankenkasse bzw. eine von ihr benannte Stelle prüfen die HZV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 13 des HZV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation 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 II. dieser **Anlage 3**.

(3) Der Umfang der von der Dienstleistungsgesellschaft an die Krankenkasse 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 (§§ 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
## Anhänge

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

| | |
|---|---|
| **Anhang 1 zu Anlage 3** | Leistungsbeschreibung gemäß HZV-Ziffernkranz (s. Anmerkung) |
| **Anhang 2 zu Anlage 3** | (derzeit nicht besetzt) |
| **Anhang 3 zu Anlage 3** | VERAH-Zuschlag |
| **Anhang 4 zu Anlage 3** | Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie (noch zu konkretisieren) |
| **Anhang 5 zu Anlage 3** | Zuschlag Impfquote und Check-Up |
| **Anhang 6 zu Anlage 3** | Shared-Decision-Making |