

Anhang 1 zu Anlage 3a – Vergütung**§ 1****HZV-Vergütungspositionen**

Der Anspruch des HAUSARZTES auf die HZV-Vergütung gem. § 1 Abs. 5 Anhang 3 zu Anlage 3a ergibt sich aus den nachfolgenden HZV-Vergütungspositionen (Leistungskatalog). Die im EBM-Ziffernkranz (Anhang 2 zur Anlage 3a) enthaltenen EBM-Leistungen sind Bestandteil dieses Leistungskataloges und werden mit der HZV-Vergütung abgegolten.

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

- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.
- Jede als Einzelleistung (EL) gekennzeichnete Vergütungsposition ist ein Mal täglich pro Hausarzt und pro HZV-Versichertem abrechenbar.
- Alle Leistungen sind nebeneinander am selben Tag pro Hausarzt und pro HZV-Versichertem abrechenbar.

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
P2 Betreuungspauschale Altersstufe A: 0-5, Altersstufe B: 6-59, Altersstufe C: ≥ 60	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 2 („EBM-Ziffernkranz“) zu Anlage 3a ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Zuschläge“ und „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 Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen Leistungen zur Umsetzung der Teilnahmevoraussetzungen und besonderen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß § 4 des HZV-Rahmenvertrages.	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Quartal Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	P2 A: 42,00 € P2 B: 35,00 € P2 C: 45,00 €

<p>P3 Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</p>	<p>Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungsleistungen „Shared-decision-Making“ zur patientenzentrierten Behandlung und partizipativen Entscheidungsfindung gemäß § 2 Abs. 3 lit. d) und e) dieses Anhangs 1 zur Anlage 3a.</p> <p>Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. 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 die DMP.</p> <p>Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln.</p> <p>Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt.</p>	<p>P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem um einen chronisch kranken Patienten gemäß § 2 Abs. 3 lit. f) dieses Anhangs 1 zur Anlage 3a handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird nur dem Betreuarzt vergütet • mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	<p>20,00 €</p>
<p>P4 Pauschale für die intensive Behandlung eines Patienten mit besonders hohem zeitlichen Betreuungsaufwand und komplexem Koordinationsbedarf</p>	<p>Über die P3 hinausgehende, intensive Betreuung/Behandlung eines Patienten mit besonders hohem zeitlichen Betreuungsaufwand aufgrund erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigung durch Vorliegen weiterer verschiedener chronischer Erkrankungen und komplexer Problematik bezüglich Koordination mit anderen Fachdisziplinen und Leistungserbringern unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes.</p> <p>Dies setzt voraus, dass mindestens ein Facharzt (auf Überweisung des Betreuarztes) in die Behandlung des Patienten eingebunden ist oder der Patient durch den Betreuarzt im Rahmen von Besuchen betreut wird oder die Verordnung häuslicher</p>	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wird nur dem Betreuarzt vergütet • mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • nur in Zusammenhang mit der P3 abrechenbar 	<p>10,00 €</p>

	<p>Krankenpflege (durch den Betreuerarzt) erforderlich ist.</p> <p>Kontrolle, Sortierung und Begleitung der Polypharmazie: 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.); Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit</p> <p>Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention</p> <p>Erarbeitung und Vermittlung eines ganzheitlichen und vernetzten Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen der vorliegenden chronischen Erkrankungen und unter Einbeziehung sowie Zusammenführung einschlägiger Leitlinien bei Patienten, die einer sehr engmaschigen allgemeinärztlichen Koordination bedürfen</p> <p>Verstärktes und kontinuierliches Einwirken auf die Adherence und das Empowerment des Patienten; Medikationsmanagement; Einbindung des sozialen Umfelds</p>		
<p>Behandlung von Palliativpatienten</p>	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO:</p> <p>Ein Palliativpatient im Sinne dieses Anhangs 1 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Quartal • nicht abrechenbar neben P2 Betreuungspauschale • nicht für HZV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuerarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält 	<p>100,00 €</p>

	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.	Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Vertreterpauschale	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 2 („EBM Ziffernkranz“) zu Anlage 3a ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Quartal • bei Vertretungen innerhalb einer BAG / eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • wird nur dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) vergütet 	17,50 €
Zuschläge			
VERAH-Zuschlag auf P3	Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4mal pro Versicherungsteilnahmejahr) • weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages sind in Anhang 7 zu Anlage 3a geregelt Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • eine MFA/Arzthelferin des Betreuers verfügt über die Qualifikation VERAH • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	8,00 €
Einzelleistungen			
Besuch durch VERAH	Besuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der Pauschale P3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> • wird nur dem Betreuarzt vergütet 	17,00 €

Besuch	<p>Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HZV-Versicherten zu begeben</p> <p>Leistungslegende gemäß EBM GOP 01410, 01411, 01412, 01415 (vgl. Anhang 2 zu Anlage 3a)</p> <p>Liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)</p>		30,00 €
Mitbesuch	<p>Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)</p> <p>Leistungslegende gemäß EBM GOP 01413, 01414 (vgl. Anhang 2 zu dieser Anlage 3a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • max. 1mal pro Tag • die Wegepauschalen sind nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar • nicht am selben Tag wie Besuch abrechenbar • nicht am selben Tag wie Besuch durch VERAH abrechenbar 	12,00 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 2 zu Anlage 3a):</p> <p><u>zwischen 19:00 und 22:00 Uhr</u> (sofern die Inanspruchnahme nicht in der Terminabendsprechstunde liegt) oder</p> <p><u>an Samstagen</u> (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder <u>Sonntagen</u> oder <u>gesetzlichen Feiertagen</u> oder am <u>24. Dezember</u> oder am <u>31. Dezember</u> zwischen 7:00 – 19:00 Uhr</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	25,00 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	<p>Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 2 zu Anlage 3a):</p> <p><u>zwischen 22:00 und 07:00 Uhr</u> oder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	40,00 €

	an <u>Samstagen</u> (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder <u>Sonntagen</u> oder <u>gesetzlichen Feiertagen</u> oder am <u>24. Dezember</u> oder am <u>31. Dezember</u> zwischen 19:00 – 07:00 Uhr		
Abdominelle Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33042 gem. EBM, vgl. Anhang 2 zu Anlage 3a)	<ul style="list-style-type: none"> max. 2mal pro Quartal abrechenbar 	21,00 €
Schilddrüse Sonografie	Leistungslegende gemäß EBM (GOP 33012 gem. EBM, vgl. Anhang 2 zu Anlage 3a)		11,00 €
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	<p>Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung der kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globalindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren</p> <p>Beurteilung der Sturzgefahr und Hirnleistungsstörungen mittels standardisierten Testverfahren</p> <p>Bei Bedarf Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes sowie des Wohnraumes und ggf. Arbeitsplatzes</p>	<ul style="list-style-type: none"> max. 1mal pro Quartal abrechenbar für Versicherte ab dem 61. Lebensjahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> wird nur dem Betreuarzt vergütet 	17,00 €
Gesundheitsuntersuchung	Gesundheitsuntersuchung: Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Gesundheitsuntersuchungs - Richtlinie (GOP 01732 gem. EBM Stand Q1/2019 vgl. Anhang 2 zu Anlage 3a)	<ul style="list-style-type: none"> max. 1mal innerhalb von 2 Kalenderjahren abrechenbar ab dem vollendeten 35. Lebensjahr wird dem Vertreterarzt nur in zu begründendem Ausnahmefall vergütet 	38,00 €
Krebsfrüherkennungsuntersuchung	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C § 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM, vgl. Anhang 2 zu Anlage 3a)	<ul style="list-style-type: none"> 1mal im Kalenderjahr ab einem Alter von 45 Jahren abrechenbar 	17,00 €
	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP	<ul style="list-style-type: none"> 1mal innerhalb von 2 Kalenderjahren abrechenbar ab einem Alter von 35 Jahren 	29,00 €

	01745 gem. EBM, vgl. Anhang 2 zu Anlage 3a).		
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	Gemäß Leistungslegende EBM (GOP 35100), vgl. Anhang 2 zu dieser Anlage 3a	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110 • Bei Vorliegen der Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung 	22,00 €
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	Gemäß Leistungslegende EBM (GOP 35110), vgl. Anhang 2 zu dieser Anlage 3a	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 • Max. 3 x am Tag • Bei Vorliegen der Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung 	22,00 €
VKA Pharmakotherapie	gemäß den Bestimmungen in § 3 Abs. 2 der Anlage 3a	siehe Regelungen der Anlage 4 des Rahmenvertrags gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB	
Wegepauschalen	Siehe Regelungen des § 2 Abs. 6 dieses Anhangs 1 zu Anlage 3a.	gemäß der jeweils aktuell gültigen Vereinbarung zur Vergütung von Wegepauschalen zwischen der KV RLP und AOK	
Impfungen	Siehe Regelungen des § 2 Abs. 5 dieses Anhangs 1 zu Anlage 3a.	gemäß der jeweils aktuell gültigen Vereinbarung zur Vergütung von Impfleistungen zwischen der KV RLP und AOK	

Modul "Shared-Decision-Making"			
Einsatz von arriba	Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 9 zur Anlage 3a aufgeführten arriba-Module (00038)	<ul style="list-style-type: none"> • max. 2x im Kalenderjahr • 1x pro Quartal • Voraussetzung: • Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 9 zur Anlage 3a aufgeführten krankheitsspezifischen arriba-Module per Selbstauskunft • Absolvierung einer arriba-Schulung • Wird nur dem Betreuarzt vergütet • nicht neben der 00039 abrechenbar 	15,00 EUR
arriba - Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter Einsatz des arriba-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 (00039)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz von arriba • nicht im selben Quartal neben dem Einsatz von arriba abrechenbar (00038) Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> • Arzt-Patienten-Kontakt • Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	30,00 EUR
Dokumentationsziffer 80070	Auf dem Abrechnungsschein gegenüber der KV RLP ist für eingeschriebene Versicherte dieses Versorgungsmoduls zwingend die Dokumentationsziffer 80070 (Fallzahlung-Doku) zu dokumentieren.		

Begrifflichkeit	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein HAUSARZT in einem Vertretungsfall gem. § 32 Abs. 1 S.2 Ärzte-ZV, 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.
Versichertenteilnahmejahr	<p>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 Hausärzterverband). 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.).</p> <p>Ab dem 5., 9., 13. usw. Versichertenteilnahmequartal beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr.</p>

§ 2 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

(1) EBM-Ziffernkranz (Anhang 2 zu Anlage 3a)

Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß Anhang 2 zu Anlage 3a. Sollten innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V erfolgen, verhandeln der Hausärzteverband und die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, ob und wie diese Leistungen im EBM-Ziffernkranz nach Anhang 2 zu Anlage 3a berücksichtigt werden bzw. entfallen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Anpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 2 zu Anlage 3a aufgrund dieser Regelung stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

(2) 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. Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

(3) Abrechnung des Betreuarztes für die HZV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

- a) Der HAUSARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als Betreuarzt gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieses Anhangs 1 zur Anlage 3a ab. Damit sind alle hausärztlichen, von der HZV erfassten Leistungen abgedeckt.
- b) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die eingeschriebenen Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 2 zu Anlage 3a) im Rahmen dieses HZV-Vertrages zu erbringen.
- c) Sofern Leistungen erbracht werden, die im EBM-Ziffernkranz (Anhang 2 zu Anlage 3a) nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- d) Die HAUSÄRZTE bieten besondere Leistungen für Patienten mit chronischen Erkrankungen an. Besonderes Augenmerk richtet der HAUSARZT insbesondere auf das Modell des Shared-Decision-Making, bezogen auf Diagnostik, Therapiewahl

und den Krankheitsverlauf. Folgende Elemente stehen bei der Behandlung im Fokus:

1. Praxisorganisatorische Umsetzung des Shared-Decision-Making-Modells gem. diesem Vertrag
2. Intensivierte Steuerung der Therapieverläufe und -planung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten (Shared-Decision-Making), insbesondere bei Patienten mit neu manifestierten chronischen Erkrankungen
3. Zeitnahe Vermittlung notwendiger Termine bei fachärztlichen Kollegen
4. Regelmäßig Prüfung, Überwachung und Implementierung der hausärztlich und fachärztlich verordneten Medikamente
5. Beratung im Hinblick auf die individuelle Lebensführung, dazu gehört ein Hinwirken auf ein gesundheitsförderndes und krankheitsangepasstes Verhalten
6. Bei Bedarf Anbindung an krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen
7. Information und Hinweis auf spezielle Versorgungsverträge der Krankenkasse

Bei minderjährigen Versicherten oder nicht einwilligungsfähigen Betreuten erfordert das Shared-Decision-Making die Anwesenheit und Beteiligung des gesetzlichen Vertreters.

e) Obligatorische Leistungen des Shared-Decision-Making sind:

1. Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Informiertheit des Patienten: Einführung in die Gesprächsstruktur des Shared-Decision-Making-Modells (Informiertheit, Involviertheit, Entscheidungszufriedenheit), Abfrage des individuellen Wissenstandes und -bedarfes des Patienten in Bezug auf seine Erkrankung, ggf. (wiederholende) erklärende Erläuterung des chronischen Erkrankungsbildes, Hinweis auf Informationsmaterialien bzw. -quellen der verschiedenen Therapiemöglichkeiten.
2. Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Involviertheit des Patienten: Erläuterung der Entscheidungsnotwendigkeit in Bezug auf die Erkrankung und deren Therapie, systematisierte Darstellung der Therapieoptionen mit den jeweiligen Chancen und Risiken, zielgruppenspezifische Entscheidungsfindung zur Steigerung der Adhärenz, ggf. Einbindung von Bezugspersonen.

3. Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Entscheidungszufriedenheit des Patienten: Einholung eines Feedbacks, Beantwortung von Rückfragen, Sicherung der gemeinsamen Therapieentscheidung, Motivierung zur Teilnahme an der Evaluation.
- f) 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.

(4) Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von BAG/MVZ

- a) Leistungen gemäß Anhang 2 zu Anlage 3a 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) erfolgt die Abrechnung im Rahmen dieses HZV-Vertrages.
- b) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

(5) Impfleistungen

Der Leistungsumfang sowie die Vergütung zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen „Impfvereinbarung (Durchführung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten)“.

(6) Wegepauschalen

Der Leistungsumfang sowie die Vergütung der Wegepauschalen richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung der mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen „Vereinbarung zur Vergütung von Wegepauschalen“.