

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1 HzV-Vergütungspositionen

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

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

Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.

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

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen			
Kontaktabhängige Grundpauschale P2	<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 	<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"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	40,00 EUR
Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder P 3.1	Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, der eine der in Anhang 2 zu Anlage 3 (Vergütungsanlage) definierten Krankheitsbilder aufweist und für den zu diesem Krankheitsbild eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt wurde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ Nicht neben P3.2 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	10,00 EUR

<p>Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder P3.2</p>	<p>Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, der zwei der in Anhang 2 zu Anlage 3 definierten Krankheitsbilder aufweist und für den zu diesen beiden Krankheitsbildern jeweils mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt wurde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ nicht neben P3.1 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>27,50 EUR</p>
<p>Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder P3.3</p>	<p>Betreuung von Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, der mindestens drei der in Anhang 2 zu Anlage 3 definierten Krankheitsbilder aufweist und für den zu diesen drei Krankheitsbildern jeweils mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt wurde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ▪ nicht neben P3.1 und/oder P3.2 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>55,00 EUR</p>
<p>Kontaktabhängige Vertreterpauschale (VP)</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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	<p>12,50 EUR</p>
<p>Zielauftragspauschale (ZP)</p>	<p>Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung</p> <p>Als Zielauftrag kann durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufzeichnung Langzeit-EKG - Langzeit-RR - Belastungs-EKG - Sonografie Abdomen - Sonografie Schilddrüse - CW-Doppler-Sonografie extremitätenversorgenden u./o. extrakranieller Gefäße - Akupunktur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar ▪ Jede Einzelleistung max. 1 x pro Quartal zuzüglich 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 	<p>5,00 EUR</p>

Modul „Einzelleistungen Unzeit“			
Inanspruchnahme zur Unzeit	<p>Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder ▪ an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 bis 19:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden ▪ Nicht abrechenbar neben Ungeplanter eiliger Besuch 	25,00 EUR / Leistung
Inanspruchnahme zur Unzeit	<p>Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 bis 7:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden ▪ Nicht abrechenbar neben Ungeplanter eiliger Besuch 	40,00 EUR / Leistung
Ungeplanter eiliger Besuch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines Kranken zu begeben. ▪ angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, auch aus der Sprechstunde heraus ▪ Begleitung Krankentransport <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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Die Leistung wird bis zum Erreichen der in § 3 Ziffer 7 definierten fallbezogenen Obergrenze als Einzelleistung vergütet. ▪ Nach Erreichen der fallbezogenen Obergrenze wird die Leistung nicht als Einzelleistung vergütet. Stattdessen wird die Leistung pauschal im Rahmen des Zuschlags „Ungeplanter eiliger Besuch“ je HzV-Versicherten vergütet. ▪ Nicht abrechenbar in Zeiten des durch die KV Bayerns organisierten Bereitschaftsdienstes. Maßgeblich sind die Zeiten nach § 7 Abs. 1 Bereitschaftsdienstordnung (Stand: 01.08.2010): <ul style="list-style-type: none"> - Freitag 18.00 Uhr bis Montag 8.00 Uhr - Mittwoch 13.00 Uhr bis Donnerstag 8.00 Uhr 	70,00 EUR / Leistung

		<ul style="list-style-type: none"> - am Vorabend eines jeden gesetzlichen Feiertags oder eines „regionalen Feiertags“ 18.00 bis 8.00 Uhr des nächsten Werktags - am 24.12., 31.12. und Faschingsdienstag vom Vorabend 18.00 Uhr bis 8.00 Uhr des nächsten Werktags. 	
Zuschlag Ungeplanter eiliger Besuch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von ungeplanten eiligen Besuchen 	Der Zuschlag wird je Abrechnungsquartal bei Erreichen der in § 3 Pkt. 7 definierten Quote als Zuschlag auf die Grundpauschale P2 vergütet.	7,00 EUR
Modul "Regelhafte Besuchstätigkeit"			
Besuch (BE)	<p>Geplante 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>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 EUR / Leistung
Mitbesuch (MB)	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Tag ▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar. ▪ Nicht am selben Tag wie VP, BE, HB, BEV abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	11,00 EUR / Leistung

Modul „Einzelleistungen Prävention Plus“			
<p>Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening (GU35)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb zwei Kalenderjahre ▪ Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes ▪ Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation ▪ Ggf. Umstellung der Medikation auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen ▪ Überprüfung des Impfstatus einschl. der Organisation der Durchführung von fehlenden Impfungen ▪ Ganzkörperstatus einschl. Dokumentation ▪ Laboruntersuchung zur Ermittlung des Risikos für Diabetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure) ▪ Urinuntersuchung mittels Streifenfest ▪ Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Nikotinmissbrauch, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung mit dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ Sie ist auch am gleichen Tag abrechenbar wie die Leistung „Hautkrebsscreening“ (HKS). ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	<p>45,00 EUR / Leistung</p>
<p>Zuschlag zur GU35 ab dem 46. Lebensjahr (ZGU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgabe und Auswertung eines zugelassenen Tests auf okkultes Blut im Stuhl, sofern der HzV-Versicherte durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt ▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms ▪ Erhebung des individuellen Risikos für KHK (anerkannter geeigneter Risiko—Score, z.B. Procam oder Arriba), ggf. mit Knöchel-Arm-Index, Osteoporose und (familiären) Darmkrebs (Fragebogen) sowie Beratung zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung, insbes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur abrechenbar zusammen mit GU35 ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr vom 46. Lebensjahr an vergütet ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Einschließlich Eintragung ins Bonusheft 	<p>10,00 EUR / Leistung</p>

	bei familiärer Vorerkrankung bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung		
Hautkrebs-screening (HKS)	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. 	25,00 EUR / Leistung
Zuschlag HKS zur GU35	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01746 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ Sie ist am gleichen Tag abrechenbar wie GU35. ▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. 	16,82 EUR / Leistung
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01730 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je weiblicher HzV-Versicherten ab dem Alter von 20 Jahren vergütet. ▪ Vertreter- und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar. 	17,87 EUR / Leistung
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	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)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HzV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet. ▪ Vertreter- und Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar. 	14,19 EUR / Leistung
Untersuchung auf Blut im Stuhl (Stuhltest)	Untersuchung auf Blut im Stuhl gem. Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung, einschl. Kosten (GOP 01734 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	Nicht im selben Kalenderjahr abrechenbar, in dem der Zuschlag zur Gesundheitsuntersuchung GU35 (ZGU) abgerechnet wird/wurde.	2,45 EUR / Leistung
Neugeborenen-Screening	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-Screening“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	10,16 EUR / Leistung

Labor i. R. d. Neugeborenen-Screening	Erbringung der Leistung „Labor i. R. d. Neugeborenenenscreening analog Qualifikationsdefinition im EBM 01708	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	11,57 EUR / Leistung
Neugeborenenenerstuntersuchung (U 1)	Erbringung der Leistung „Neugeborenenenerstuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	12,44 EUR / Leistung
Neugeborenenbasisuntersuchung (U 2)	Erbringung der Leistung „Neugeborenenbasisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	30,49 EUR / Leistung
Untersuchung 4. bis 6. Lebenswoche (U 3)	Erbringung der Leistung U 3 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01713	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	30,49 EUR / Leistung
Untersuchung 3. bis 4. Lebensmonat (LM) (U 4)	Erbringung der Leistung U 4 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01714	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	30,49 EUR / Leistung
Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)	Erbringung der Leistung U 5 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01715	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	30,49 EUR / Leistung
Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)	Erbringung der Leistung U 6 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01716	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	30,49 EUR / Leistung
Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)	Erbringung der Leistung U 7 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01717	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	30,49 EUR / Leistung
Untersuchung 34. bis 36 LM (U 7a)	Erbringung der U 7 a analog Qualifikationsdefinition im EBM 01723 und der Kinderrichtlinie des GBA (Neugeborenen-Hörscreening)	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	35,22 EUR / Leistung
Untersuchung 43. bis 48 LM (U 8)	Erbringung der Leistung U 8 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01718	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	30,49 EUR / Leistung
Untersuchung 60. bis 64 LM (U 9)	Erbringung der Leistung U 9 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01719	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	30,49 EUR / Leistung

<p>Untersuchung 7. bis 8. Lebensjahr (U 10)</p>	<p>Erbringung der Leistung U 10 Erkennen und Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulleistungsstörungen wie z.B. Lese-Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen, ▪ Störungen der motorischen Entwicklung ▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen (z.B. ADHS) 	<p>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 7. bis 8. Lebensjahr vergütet.</p>	<p>35,00 EUR / Leistung</p>
<p>Untersuchung 9. bis 10. Lebensjahr (U 11)</p>	<p>Erbringung der Leistung U 11 Erkennen und Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulleistungsstörungen, Sozial- und Verhaltensstörungen ▪ Zahn-, Mund- und Kieferanomalien ▪ Gesundheitsschädigendem Medienverhalten 	<p>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 9. bis 10. Lebensjahr vergütet.</p>	<p>35,00 EUR / Leistung</p>
<p>Jugendgesundheits- untersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)</p>	<p>Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720</p>	<p>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</p>	<p>35,22 EUR / Leistung</p>
<p>Jugendgesundheits- untersuchung 17. bis 18. Lebensjahr (J 2)</p>	<p>Erbringung der Leistung J2 Erkennen und Behandlungseinleitung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pubertäts- und Sexualitätsstörungen ▪ Haltungsstörungen ▪ Kropfbildung ▪ Diabetes-Vorsorge ▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen <p>Begleitende Beratung bei der Berufswahl.</p>	<p>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr vergütet.</p>	<p>35,00 EUR / Leistung</p>
<p>Impfungen</p>	<p>Siehe Regelungen § 3 Punkt 6</p>		

Modul „ambulant-stationäres Schnittstellenmanagement“			
<p>Poststationäres Überleitungsmanagement während bzw. nach Krankenhausbehandlung</p>	<p>Besondere Betreuung der HzV-Patienten im telefonischen Kontakt während bzw. nach einem Krankenhausaufenthaltes im Austausch mit dem behandelnden Krankenhausarzt</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusendung des vollständig ausgefüllten Überleitungsbogens gemäß Anhang 4 zu dieser Anlage 3 unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Erbringung der Leistung ▪ telefonischer Kontakt – sofern erforderlich - mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1 x unmittelbar vor (maximal 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung ▪ Überprüfung der Entlassmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung ▪ Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Krankenhausaufenthalt 	<p>30,00 EUR / Leistung</p>

<p>Postoperative hausärztliche Betreuung</p>	<p>Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten ▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation ▪ Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen ▪ Erläuterung des Arztbriefes einschließlich der erhobenen Befunde ▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen ▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten ▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen ▪ Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG) ▪ Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung ist abrechenbar nach jedem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde oder nach jeder ambulant durchgeführten Operation sowie nach einer stationären Anschlussheilbehandlung nach einer vorherigen Operation ggf. auch mehrfach im Quartal abrechenbar, sofern der Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach dem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde, der ambulant durchgeführten Operation bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung erfolgt ist. ▪ Die Leistung ist nicht nach einer ambulanten / stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar. ▪ Die postoperative hausärztliche Betreuung ist pro durchgeführte Operation nur einmal abrechenbar. 	<p>30,00 EUR / Leistung</p>
---	--	--	------------------------------------

Modul „Diagnostik und spezielle Therapieleistungen“			
Belastungs-EKG	Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		26,00 EUR
Sonografie Schilddrüse	Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		11,00 EUR
Sonografie Abdomen	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		21,00 EUR
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (35100)	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110 ▪ Maximal abrechenbar in Höhe von 25% der Anzahl abgerechneter GOP 35100 und 35110 je GP einer BSNR im Quartal 	20,00 EUR
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (35110)	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ Max. 3 x am Tag ▪ Maximal abrechenbar in Höhe von 25% der Anzahl abgerechneter GOP 35100 und 35110 je Grundpauschale einer BSNR im Quartal 	20,00 EUR
Langzeit-EKG	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal 	8,00 EUR
Langzeit-RR	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal 	8,00 EUR
Unidirektionaler Doppler	Erbringung der Leistung dopplersonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal 	6,00 EUR
Allergologie	Hausärztlich-allergologische Basisdiagnostik: <ul style="list-style-type: none"> - Allergologische Anamnese - Prick-Testung (mind. 10 Tests) 	Erbringung der Leistung gemäß EBM 2000 plus Stand 01.04.2005 „Hausärztlich-allergologische Basisdiagnostik“ (GOP alt 03340) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal <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 	12,00 EUR

Hyposensibilisierung	Erbringung der Leistung „Hyposensibilisierungsbehandlung“ gem. EBM 30130		9,29 EUR
Körperakupunktur	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gem. EBM 30790		46,61 EUR
Körperakupunktur	Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gem. EBM 30791		21,03 EUR
Chirotherapie an der Wirbelsäule	Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		7,00 EUR
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal 	36,00 EUR
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht abrechenbar neben der Einzelleistung Unidirektionalen Doppler 	14,00 EUR
Verordnung medizinischer Reha	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		30,00 EUR
Modul „Pharmakotherapie“			
AMTHO (Arzneimitteltherapieoptimierung) ohne Anwesenheit Betreuungsperson	<p>Überprüfung Polypharmazie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratungsgespräch inklusive der Dokumentation der anonymisierten Verordnungsdaten (Verordnungsdokumentation gemäß Anhang 5 der Anlage 3) ▪ Versicherte mit dauerhafter langfristiger Einnahme mehrerer Medikamente (mindestens 6 verschreibungspflichtigen Arzneimitteln) ▪ möglichst unter Berücksichtigung aller rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimittel des HzV-Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Kalenderjahr 	85,00 EUR

AMTHO (Arzneimittelthera- pieoptimierung) mit Anwesenheit Betreuungsperson	Überprüfung Polypharmazie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratungsgespräch inklusive der Dokumentation der anonymisierten Verordnungsdaten (Verordnungsdokumentation gemäß Anhang 5 der Anlage 3) ▪ Versicherte mit dauerhafter langfristiger Einnahme mehrerer Medikamente (mindestens 6 verschreibungspflichtigen Arzneimitteln) ▪ möglichst unter Berücksichtigung aller rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimittel des HzV-Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Kalenderjahr 	130,00 EUR
Modul „Wundmanagement“			
Versorgung chronischer Wunden (02310)	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)“ analog derzeit gültigem EBM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal 	20,33 EUR
Behandlung diabetischer Fuß (02311)	Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog Leistungsbeschreibung im derzeit gültigen EBM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar je Bein und je Sitzung ▪ Nur bei vorliegender Genehmigung der KVB 	13,84 EUR
Versorgung chronisch venöser Ulcera cruris (02312)	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris“ analog Leistungsbeschreibung im derzeit gültigen EBM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar je Bein und je Sitzung 	11,04 EUR
Modul „Geriatric“			
Heimbesuch (HB)	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.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung ist nicht am gleichen Tag wie BE abrechenbar. ▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Heimbesuch“ abrechenbar. ▪ Max. 4 x pro Quartal ▪ Die Leistung ist für einen HzV-Versicherten nur einmal pro Tag abrechenbar. 	18,00 EUR / Leistung
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	Erbringung der Leistung gemäß EBM (GOP 03240) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Kalenderjahr ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	17,00 EUR / Leistung

Modul „Palliativ“			
Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO:</p> <p>Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patienten mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht abrechenbar neben 0000 (GP) und 0003 (P3.1-3.3) ▪ Nicht abrechenbar, wenn der HzV-Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	120,00 EUR
Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Abrechenbar neben den Leistungen Besuch, Ungeplanter eiliger Besuch und Heimbesuch 	20,00 EUR / Leistung
Modul Leistungen der qualifizierten Praxismitarbeiterin „VERAH“			
Besuch durch VERAH (BEV)	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß P3.1, P3.2, P3.3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 3 x pro Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Abrechenbar ab dem Quartal, das auf den Nachweis der VERAH gem. Anhang 3 dieser Anlage 3 folgt. 	15,00 EUR / Leistung
Modul „Sonstige Leistungen“			
Wegepauschale (Zone A)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wegepauschale Zone A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch, Eiliger Besuch, oder Zuschlag für Besuch Palliativpatient abgerechnet wird. ▪ Die Wegepauschale Zone A ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbesuch und den Wegepauschalen Zone B und Zone C abrechenbar. 	5,00 EUR / Leistung

<p>Wegepauschale (Zone B)</p>	<p>Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wegepauschale Zone B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch, Eiliger Besuch oder Zuschlag für Besuch Palliativpatient abgerechnet wird. ▪ Die Wegepauschale Zone B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbefuch und den Wegepauschalen Zone A und Zone C abrechenbar. 	<p>10,00 EUR / Leistung</p>
<p>Wegepauschale (Zone C)</p>	<p>Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wegepauschale Zone C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch, Eiliger Besuch oder Zuschlag für Besuch Palliativpatient abgerechnet wird. ▪ Die Wegepauschale Zone C ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbefuch, Zone A und Zone B abrechenbar. 	<p>15,00 EUR / Leistung</p>

Definition	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß § 3 Abs. 4 lit. d) HzV-Vertrag benannter HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist.
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein HAUSARZT, der als Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet.
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind vier aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem ersten Tag des Quartals, an dem der Versicherte als HzV-Versicherter im Sinne des HzV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HzV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an die Dienstleistungsgesellschaft). Bei einem 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. Versichertenteilnahmequartal beginnt jeweils ein neues Versichertenteilnahmejahr.
Versichertenteilnahmequartal	Ein Quartal innerhalb des Versichertenteilnahmejahres.
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind gemäß § 1a Ziffer 12 BMV-Ä 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. Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass auch ein MVZ eine BAG ist. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).
	In den Fällen, in den eine prozentuale Bezugsgröße hergestellt wird, gilt die höhere Bezugszahl.

§ 2 Laufzeit

Die Laufzeit dieser Anlage 3 richtet sich grundsätzlich nach der des HzV-Vertrages. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 17 des HzV-Vertrages.

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „**EBM-Ziffernkranzes**“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die Krankenkasse und der Hausärzteverband 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 1. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

2. Dokumentation

Der HAUSARZT hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

3. Abrechnung des Betreuers 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 HzV-Vertrages sind, abgedeckt.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für HzV-Versicherte, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses HzV-Vertrages zu erbringen. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so soll 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 EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sowie die Laborleistungen als Inhalt der erweiterten Gesundheitsuntersuchung sind durch die HzV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem EBM-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

4. 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 Betreuer, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG / des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 1 des HzV-Vertrages.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG / MVZ ist nicht möglich.

5. 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.

6. 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) Alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" sind Bestandteil des HzV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HzV-Vertrags abgerechnet. Die Vergütung zur Durchführung der Impfung richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung des Rahmenvertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse über Schutzimpfungen und Prophylaxe. Die Regelungen dieses Rahmenvertrages gelten auch nach Auslaufen oder Kündigung so lange fort, bis ein Folgevertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung für die Krankenkasse vereinbart ist oder eine eigenständige Vereinbarung für den HzV-Vertrag geschlossen ist.
- (3) Die Dokumentation der Impfleistung wird analog den EBM-Ziffern durchgeführt. Einzelheiten sind dem **Anhang 1** dieser **Anlage 3** zu entnehmen.

7. Zuschlag „Ungeplanter eiliger Besuch“

- (1) Die Einzelleistung „Ungeplanter eiliger Besuch“ gemäß § 1 dieser **Anlage 3** wird je HAUSARZT nur bis zum Erreichen einer Obergrenze als Einzelleistung vergütet.
- (2) Die Obergrenze je HAUSARZT ist definiert als Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal beim HAUSARZT behandelten HzV-Versicherten multipliziert mit 7,00 € je behandeltem HzV-Versicherten.
- (3) Nach Erreichen der Obergrenze wird die Leistung nicht mehr als Einzelleistung vergütet. Es erfolgt eine Vergütung als Zuschlag auf die P2 in Höhe von 7,00 EUR je Abrechnungsquartal.

§ 4 Praxisgebühr

- (1) Der HAUSARZT ist gemäß § 14 des HzV-Vertrages verpflichtet, die gesetzliche Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) von HzV-Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä / § 21 EKV in ihrer jeweils geltenden Fassung für die Krankenkasse einzuziehen. Der HAUSARZT ist danach insbesondere nicht berechtigt, auf die Praxisgebühr zu verzichten, oder einen anderen Betrag als die gesetzliche Praxisgebühr zu erheben. Die weitere Abwicklung vollzieht sich wie folgt:
- (2) Falls der HAUSARZT im Einzelfall für HzV-Versicherte neben HzV-Leistungen auch Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnet, wird hierdurch keine zusätzliche Praxisgebühr für diese HzV-Versicherten ausgelöst. Entsprechend ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in der Abrechnung eine Befreiung zu dokumentieren.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt mit seiner Abrechnung an den Hausärzteverband die Dokumentation über die erfolgreiche Einziehung oder einen etwaigen Befreiungsgrund gemäß § 18 BMV-Ä / § 21 EKV.
- (4) Eine Praxisgebühr, die ein HzV-Versicherter entrichtet hat, hat der HAUSARZT einzubehalten. Die Krankenkasse ist berechtigt nach Absatz 3 dokumentierte Zuzahlungsbeträge von dem Auszahlungsbetrag des HzV-Vergütungsanspruches des HAUSARZTES einzubehalten.
- (5) Soweit der HAUSARZT seine Verpflichtungen gemäß § 43b SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä / § 21 EKV in der jeweils geltenden Fassung und dem vorstehenden Absatz 1 dieses § 4 erfüllt hat und der HzV-Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb der vom HAUSARZT gesetzten Frist nicht gezahlt hat, dokumentiert er dies mit Hilfe der Vertragssoftware. In diesem Fall übernimmt die Krankenkasse den weiteren Zahlungseinzug. Die Krankenkasse erhält zu diesem Zweck mit der Abrechnung eine Auflistung der HzV-Versicherten, bei denen die Praxisgebühr nicht eingezogen wurde unter Angabe der vom HAUSARZT gemäß dem vorstehenden Absatz 2 oder 3 übermittelten Gründe.
- (6) Die Dokumentation nach dem vorstehenden Absatz 3 erfolgt durch Angabe folgender Ziffern:

Ziffer	Beschreibung
80030	Bei Abrechnung ist Abzug der Praxisgebühr erfolgt.
80031	Befreit, da Überweisungsschein vorliegt.
80032	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da die Befreiung von allen Zuzahlungen nachgewiesen worden ist (Bescheinigung nach § 62 Abs. 1 SGB V oder vollständige Befreiung von allen Zuzahlungen nach § 65a Abs. 2 SGB V).
80032D	Praxisgebühr befreit, da Teilnahme an DMP vorgelegt wurde.
80033	Keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr vorgelegt wurde.

80034	Keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung.
80040	Praxisgebühr befreit, da Kassenwechsel oder die Befreiung von der Praxisgebühr, jedoch nicht von allen Zuzahlungen, nachgewiesen wurde (z.B. im Rahmen HzV-Teilnahme).
80044	Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung bisher die Praxisgebühr nicht geleistet, gesetzte Frist ist abgelaufen.
80091	Praxisgebühr nicht gezahlt. HzV-Versicherter unter 18 Jahre.
80092	Praxisgebühr nicht gezahlt. Vorsorgeuntersuchung / Schutzimpfung.

§ 5

Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von dem Hausärzteverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“), das der Hausärzteverband mit den im Folgenden genannten Aufgaben beauftragt, ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG

Edmund-Rumpler-Straße 2

51149 Köln

Service-Hotline: 02203 - 5756 1111

Fax: 02203 – 5756 1110

- (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 10. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. Oktober) („**HzV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Der Hausärzteverband ist verpflichtet, die HzV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.

- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HzV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Krankenkasse oder der von ihr benannten Stelle überprüft der Hausärzteverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Der Hausärzteverband übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 12 Abs. 3 des HzV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der AOK Bayern.
- (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.

§ 6

Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der AOK Bayern

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage an die von der Krankenkasse zu beauftragende Kopf- bzw. Clearingstelle. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HzV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages aus.

- (2) Die Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Die Krankenkassen-Prüffrist kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden. Ist die Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Hausärzterverband 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 fünf Arbeitstage („Montag bis Freitag“) („**Zahlungsfrist**“) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden.
- 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 Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zu laufen. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden.

§ 12 des HzV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

- (3) Die Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzterverband benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzterverband spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (4) Die Krankenkasse kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Die Frist für die Geltendmachung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden.

§ 7 Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Hausärzterverband und die Krankenkasse prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 15 des HzV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).

- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HzV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung / des VERAH-Zuschlages (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer 2. dieser **Anlage 3**;
 - e) Vorliegen vollständiger Informationen (Angabe Praxisgebühreziffer) zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes gemäß § 4 Abs. 3 dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§§ 11, 12 des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des HzV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8

Auszahlung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Die Krankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an den Hausärzteverband. Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Krankenkasse im fremden Namen und für fremde Rechnung entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**.
- (2) 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 § 12 des HzV-Vertrages.

- (3) Für die Weiterleitung der von der Krankenkasse erhaltenen Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung der HzV-Vergütung nach § 10 Abs. 1 gemäß den Vorgaben dieser Anlage 3 bedient sich der Hausärzterverband der HÄVG als Erfüllungsgehilfe; § 15 des HzV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzterverband 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 erfolgen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

§ 9 Anhänge

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

- | | |
|------------------------------|--|
| Anhang 1 zu Anlage 3: | Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz |
| Anhang 2 zu Anlage 3: | Krankheitsbilder |
| Anhang 3 zu Anlage 3: | VERAH-Vergütung |
| Anhang 4 zu Anlage 3: | Überleitungsbogen |
| Anhang 5 zu Anlage 3: | AMTHO-Dokumentationsbogen |
| Anhang 6 zu Anlage 3: | Vergütungsbegrenzungsklausel |