

Anlage 3

Vergütung und Abrechnung

§ 1 HzV-Vergütungspositionen (Gültigkeit ab 01.05.2024)

Leistung / Bezeichnung	Vorläu- fige Abr.- Pos. im AIS	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen				
Strukturpau- schale P1 a Für Techni- kausstattung und Qualitäts- management- system		Leistung gemäß § 5 Abs. 1 und § 5 Abs. 2 i.V.m. § 4 der Anlage 2 HzV-Vertrag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Kontaktunabhängig ▪ Wird nur dem Betreuarzt ver- gütet 	4,00 EUR / Quartal
Aufschlag P1b auf Struktur- pauschale P1 a für Beschäfti- gung einer zertifizierten Versorgungs- assistentin VERAH		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschäftigung einer zertifizierten Versorgungsassistentin (VERAH) gemäß Anhang 3 zur Anlage 3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Kontaktunabhängig ▪ Nachweis der Qualifikation der VERAH gemäß Anhang 3 zur Anlage 3 HzV-Vertrag ▪ Vergütung ab dem der Mel- dung der VERAH-Beschäfti- gung folgenden Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt ver- gütet 	2,50 EUR/ Quartal
Pauschale für nicht-persön- lichen oder tele- fonischen Arzt- Patienten-Kon- takt P2b	1112	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausschließlich telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patien- ten-Kontakte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	4,50 EUR/ Quartal
Kontaktabhän- gige Grundpau- schale P2	0000	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berück- sichtigung der im Abschnitt „Ein- zelleistungen“ aufgeführten Lei- stungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Not- fallversorgung ▪ Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Ver- sorgung gemäß HzV-Vertrag ▪ Ambulant-stationäres Schnitt- stellenmanagement einschließ- lich allgemeiner hausärztlicher 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kon- takt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	53,50 EUR

		<p>prä- und postoperativer Betreuung nach stationärem Krankenhausaufenthalt</p> <p>Die Dokumentation des Leistungsinhaltes erfolgt vorläufig über die übliche Befunddokumentation in der Arztpraxis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poststationäres Überleitungsmanagement in Form besonderer hausärztlicher Betreuung nach Krankenhausaufenthalt im Austausch mit Klinikarzt <p>Die Dokumentation des Leistungsinhaltes erfolgt vorläufig über die übliche Befunddokumentation in der Arztpraxis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ab dem Zeitpunkt einer Vereinbarung eines Konzeptes zur Evaluation des HzV-Vertrages durch den BHÄV und die AOK Bayern erfolgt die Dokumentation für das ambulant-stationäre Schnittstellenmanagement und das poststationäre Überleitungsmanagement („Überleitungsbogen“) elektronisch auf dem Überleitungsbogen gemäß Anhang 4 zu Anlage 3. Der vollständig ausgefüllte Überleitungsbogen ist elektronisch zu Evaluations- und ggf. zu Prüzzwecken in der Patientenakte zu speichern. Sofern eine elektronische Speicherung in der Patientenakte nicht möglich ist, ist eine Kopie in der Patientenakte abzulegen und die Daten für eine Evaluation gesondert zur Verfügung zu stellen. 		
<p>Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand für die Behandlung von Patienten mit chronischer Erkrankung P3</p>	<p>0003</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortlaufende hausärztliche Betreuung eines Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand aufgrund einer chronischen Erkrankung, bei dem der Hausarzt bereits in dem Quartal vor dem Abrechnungsquartal eine gesicherte und endständige Diagnose der entsprechenden chronischen Erkrankung gem. ICD-10-GM übermittelt hat. ▪ Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en) ▪ Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en) und im fortschreitenden Verlauf 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Abrechnungsquartal, wobei 1 Kontakt ersetzt werden kann durch 2 VERAH-Besuche ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nachweis des kontinuierlichen Betreuungsaufwandes durch Angabe der gesicherten und endständigen Diagnose der entsprechenden chronischen Erkrankung gemäß ICD-10-GM 	<p>46,50 EUR</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en) und Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. durch Einleitung psychosozialer Unterstützung ▪ Beratung des Patienten zur Bewältigung der durch die Erkrankung entstehenden Auswirkungen im familiären, sozialen und beruflichen Umfeld ▪ Einbeziehung von sekundärer und tertiärer Prävention ▪ Anleitung des Patienten auf ein gesundheitsförderndes und krankheitsangepasstes Verhalten im Kontext zur individuellen Lebensführung ▪ Fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie durch die Durchführung eines arztübergreifenden Medikationsmanagements unter Berücksichtigung der Selbstmedikation zur Vermeidung unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln einschließlich der Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans. ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Beratung zur Arzneimittelhandhabung <p>Die Dokumentation des Leistungsinhaltes erfolgt über die übliche Befunddokumentation in der Arztpraxis.</p>		
Kontaktabhängige Vertreterpauschale (VP)	0004	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal bei Mehrfachanspruchnahme ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale und der Zielauftragspauschale DSP abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	13,50 EUR
Zielauftragspauschale (ZP)	0005	Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung. Als Zielauftrag kann durchgeführt werden:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale und der Zielauftragspauschale DSP abrechenbar 	13,50 EUR

		<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 - Chirotherapie an der Wirbelsäule - Körperakupunktur - Durchführung des Ultraschallscreenings auf abdominelle Bauchaortenaneurysmen - Hautkrebsscreening 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung max. 1 x pro Quartal abrechenbar, Ausnahme Körperakupunktur (30791) ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar ▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	
Zielauftragspauschale DSP	0005D	Speziell auf die Bedürfnisse von Diabetikern abgestimmte Versorgung für HzV-Versicherte, die bei einem anderen Betreuarzt eingeschrieben sind; durch diabetologisch besonders qualifizierte Hausärzte in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (gemäß Definition des Vertrags zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms gem. § 137 f SGB V in der jeweils aktuellen Fassung) im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der RSAV für die Mitbehandlung von Diabetikern ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale 0005 / Vertreterpauschale 0004 abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG / eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die DSP ist durch den in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis tätigen diabetologisch besonders qualifizierten Hausarzt nur bei einer Überweisung durch den Betreuarzt abrechenbar ▪ Nur abrechenbar, wenn Qualifikation „diabetologische Schwerpunktpraxis“ vorliegt ▪ Die DSP ist nicht abrechenbar für eigene HzV-Versicherte 	17,50 EUR
Modul „Besuchstätigkeit“				
Besuch (BE)	1410	<p>Persönliche 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</p>		32,00 EUR/Leistung

		selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist.		
Mitbesuch (MB)	1413	Besuch eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Tag ▪ Die Wegepauschale ist nicht gleichzeitig abrechenbar. ▪ Nicht am selben Tag wie VP, BE, MB abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	11,50 EUR
Modul „Einzelleistungen zu Unzeit“				
Inanspruchnahme zur Unzeit	01100.2	Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Werktags zwischen 19:00 und 07:00 Uhr und ▪ An Samstagen ab 14:00 Uhr, an Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen und am 24. Dezember und am 31. Dezember 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht abrechenbar neben Besuch 1410 	9,00 EUR/Leistung
Zuschlag auf Besuch bei Inanspruchnahme „zur Unzeit“	1410Z	Leistung wie bei Besuch, jedoch zu folgenden Zeiten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Werktags zwischen 19:00 und 07:00 Uhr und ▪ An Samstagen ab 14:00 Uhr, an Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen und am 24. Dezember und am 31. Dezember 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht abrechenbar neben 01100.2 ▪ Nur am gleichen Tag mit 1410 abrechenbar ▪ Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt 	18,00 EUR/Leistung
Modul „Einzelleistungen Prävention Plus“				
Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening (GU 35 plus)	01732	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren ▪ Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes ▪ Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation ▪ Prüfung einer krankheits- und patientenadäquaten Umstellung der Medikation ▪ 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	46,75 EUR/Leistung

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urinuntersuchung mittels Streifen-Test ▪ Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems gemäß Teil II. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFL-RL), inkl. Beratung ab dem Alter von 50 Jahren, sofern der Patient durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt ▪ Eingehende Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Alkohol- und Nikotinmissbrauch, schädlichen Ernährungsgewohnheiten und angemessener körperlicher Bewegung mit dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten ▪ Eintrag der Leistung ins Bonusheft des Versicherten 		
Zuschlag zur GU 35 plus ab dem 46. Lebensjahr (ZGU)	1790 (ZGU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms ▪ Erhebung des individuellen Risikos für koronare Herzerkrankungen anhand anerkannter geeigneter Risiko-Scores z.B. Procam oder Arriba, Erhebung des Ankle-Brachial-Index zur Feststellung peripherer arterieller Verschlusskrankheiten; Risikoanalyse für Osteoporose und Darmkrebs sowie Beratung zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Krebsfrüherkennung, insbes. bei familiären Vorerkrankungen entsprechend den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung. ▪ Eintrag der Leistung ins Bonusheft des Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur abrechenbar zusammen mit GU 35 plus ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr vom 46. Lebensjahr an vergütet ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR/Leistung
Beratung zum Ultraschall-screening auf abdominale Bauchaaortenaneurysmen	1791A	<p>Beratung zum Ultraschallscreening auf Bauchaaortenaneurysmen gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie</p> <p>Ausgabe der Versicherteninformation gemäß Anlage 3 zur GU-RL</p> <p>Aufklärung des Patienten über die einmalige abdominale Ultraschalluntersuchung.</p> <p>Die Dokumentation erfolgt derzeit über die übliche Befunddokumentation der Arztpraxis und enthält mindestens folgende Punkte:</p>	<p>Abrechenbar einmalig jeweils für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Männer ab dem 65. Lebensjahr ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Nicht abrechenbar, sofern 1791C bereits erbracht und abgerechnet wurde 	6,00 EUR

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Arztnummer (LANR) 2. Alter und Geschlecht des Versicherten 3. Verdachtsdiagnose 4. Veranlasste Intervention. 		
Durchführung des Ultraschallscreenings auf abdominale Bauchaortenaneurysmen	1791B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sonographische Untersuchung der Bauchaorta gemäß Teil ▪ B. II. § 4 der GU-RL ▪ Aufklärung und Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten bei auffälligem Befund 	<p>Abrechenbar einmalig jeweils für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Männer ab dem 65. Lebensjahr ▪ Voraussetzung: Nachweis einer Genehmigung der KVB für den Anwendungsbereich Abdomen und Retroperitoneum nach der Ultraschall-Vereinbarung und Dokumentation ▪ Die Leistung ist nur durch den Betreuarzt bzw. im Rahmen eines Zielauftrages abrechenbar ▪ Nicht abrechenbar, sofern 1791C bereits erbracht und abgerechnet wurde ▪ Nicht abrechenbar neben 33042 	15,77 EUR
Ultraschallscreenings auf abdominale Bauchaortenaneurysmen	1791C	<p>Aufklärung des Patienten, Erbringung einer einmaligen abdominalen Ultraschalluntersuchung mittels B-mode-Sonographie und Dokumentation der Ergebnisse auf Bauchaortenaneurysmen gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie</p> <p>Die Dokumentation erfolgt über die übliche Befunddokumentation der Arztpraxis und enthält mindestens folgende Punkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arztnummer (LANR) 2. Alter und Geschlecht des Versicherten 3. Verdachtsdiagnose 4. Veranlasste Intervention 	<p>Abrechenbar einmalig jeweils altersunabhängig bei</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauen und Männern mit aneurysma-assoziierten Todesfällen in der Familienanamnese ▪ Voraussetzung: Nachweis einer Genehmigung der KVB für den Anwendungsbereich Abdomen und Retroperitoneum nach der Ultraschall-Vereinbarung und Dokumentation ▪ Die Leistung ist nur durch den Betreuarzt bzw. im Rahmen eines Zielauftrages abrechenbar ▪ Nicht abrechenbar, sofern 1791A und 1791B bereits erbracht und abgerechnet wurden ▪ Nicht abrechenbar neben 33042 und 33042A 	15,00 EUR
Hautkrebs-screening (HKS)	01745	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 19. Lebensjahr an vergütet. 	25,00 EUR/Leistung

		gem. EBM). Dokumentation gemäß Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur durch den Betreuarzt bzw. im Rahmen eines Zielauftrages abrechenbar ▪ Eine Abrechnung neben der Gesundheitsuntersuchung nach 01732 ist im gleichen Quartal nicht zulässig. 	
Zuschlag HKS (GU 35 plus)	01746	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01746 gem. EBM) Dokumentation gemäß Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ Sie ist nur am gleichen Tag abrechenbar wie GU 35 plus. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	22,00 EUR/ Leistung
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	01731	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HzV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR/ Leistung
Stuhltest im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung	01737	Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems gemäß Teil II. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), sowie die Beratung bei einer präventiven Untersuchung.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HzV-Versichertem ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres vergütet. ▪ Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Tests auf occultes Blut im Stuhl. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Nicht im selben Kalenderjahr abrechenbar, in dem die Gesundheitsuntersuchung 01732 abgerechnet wird. 	6,00 EUR / Leistung
Neugeborenen-Screening	01707	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-Screening“ analog Qualitätsdefinitionsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	11,00 EUR/ Leistung

Neugeborenen-erster-untersuchung (U 1)	01711	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-erster-untersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	13,00 EUR/Leistung
Neugeborenenbasisuntersuchung (U 2)	01712	Erbringung der Leistung „Neugeborenenbasisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	33,00 EUR/Leistung
Untersuchung 4. bis 6. Lebenswoche (U 3)	01713	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.	33,00 EUR/Leistung
Untersuchung 3. bis 4. Lebensmonat (LM) (U 4)	01714	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.	33,00 EUR/Leistung
Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)	01715	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.	33,00 EUR/Leistung
Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)	01716	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.	33,00 EUR/Leistung
Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)	01717	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.	33,00 EUR/Leistung
Untersuchung 34. bis 36 LM (U 7a)	01723	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.	36,00 EUR/Leistung
Untersuchung 43. bis 48 LM (U 8)	01718	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.	33,00 EUR/Leistung
Untersuchung 60. bis 64 LM (U 9)	01719	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.	33,00 EUR/Leistung
Untersuchung 7. bis 8. Lebensjahr (U 10)	1725	Erbringung der Leistung U 10 Erkennen und Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulleistungsstörungen wie z.B. Lese-Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen, ▪ Störungen der motorischen Entwicklung ▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen (z.B. ADHS) 	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten im 7. bis 8. Lebensjahr vergütet.	36,00 EUR/Leistung

Untersuchung 9. bis 10. Lebensjahr (U 11)	1726	Erbringung der Leistung U 11 Erkennen und Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulleistungsstörungen, Sozial- und Verhaltensstörungen ▪ Zahn-, Mund- und Kieferanomalien ▪ Gesundheitsschädigendem Medienverhalten 	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten im 9. bis 10. Lebensjahr vergütet.	36,00 EUR/ Leistung
Jugendgesundheitsuntersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)	01720	Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung vergütet.	36,00 EUR/ Leistung
Jugendgesundheitsuntersuchung 17. bis 18. Lebensjahr (J 2)	1724	Erbringung der Leistung J2 Erkennen und Behandlungseinleitung von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pubertäts- und Sexualitätsstörungen ▪ Haltungsstörungen ▪ Kropfbildung ▪ Diabetes-Vorsorge ▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen Begleitende Beratung bei der Berufswahl.	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten im 17. und 18. Lebensjahr vergütet.	36,00 EUR/ Leistung
Besuch i.R.d. Kinderfrüherkennung BS	01721	Erbringung der Leistung „Besuch i.R. der Kinderfrüherkennung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01721	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet	32,00 EUR/ Leistung
Impfungen	89100A ff.	Wie „Rahmenvereinbarung über Schutzimpfungen und Prophylaxe“ zwischen der AOK Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, in der jeweils aktuellen Fassung (s. § 4 Abs. 8-10)		
Modul „Diagnostik und spezielle Therapieleistungen“				
Belastungs-EKG	03321	Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM		25,00 EUR
Sonografie Schilddrüse	33012	Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM		11,50 EUR
Sonografie Abdomen	33042	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 3 x pro Quartal abrechenbar ▪ Max. 2 x pro Quartal abrechenbar, sofern im selben Quartal 33042A erbracht und abgerechnet wurde 	18,00 EUR

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 1791B oder 1791C 	
Sonografie Abdomen neben der Durchführung des Ultraschall-screenings auf abdominale Bauchaortenaneurysmen	33042A	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualitätsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur am selben Tag abrechenbar wie 1791B 	8,52 EUR
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (35100)	35100	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualitätsdefinition im EBM	<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 Grundpauschale einer BSNR (Grundpauschale 0000, Onkologiepauschale 0002 und Palliativpauschale 0001) im Quartal 	18,00 EUR
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (35110)	35110	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualitätsdefinition im EBM	<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 (Grundpauschale 0000, Onkologiepauschale 0002 und Palliativpauschale 0001) im Quartal 	18,00 EUR
Langzeit-EKG	03322	Erbringung der Leistung analog Qualitätsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal 	8,00 EUR
Langzeit-RR	03324	Erbringung der Leistung analog Qualitätsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal 	8,00 EUR
Unidirektionaler Doppler	2000	Erbringung der Leistung doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal 	7,00 EUR
Hyposensibilisierung	30130	Erbringung der Leistung „Hyposensibilisierungsbehandlung“ analog EBM 30130 und 30131	Abrechenbar für jede einzelne Leistung (subkutane Allergeninjektion)	11,00 EUR
Chirotherapie an der Wirbelsäule	30201	Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Qualitätsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal 	9,00 EUR
Körperakupunktur	30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gemäß EBM 30790 und QS-Vereinbarung §135 Abs. 2 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x im Krankheitsfall 	48,28 EUR

Körperakupunktur	30791	Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gem. EBM 30791 und QS-Vereinbarung §135 Abs. 2 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> Max. 10 x mit besonderer Begründung max. 15 x je dokumentierter Indikation im Krankheitsfall 	21,78 EUR
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060	Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen analog Qualifikationsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> Max. 2 x pro Quartal 	33,00 EUR
CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	33061	Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität analog Qualifikationsdefinition im EBM		11,00 EUR
Verordnung medizinischer Reha	01611	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM		31,00 EUR
Modul „Wundmanagement“				
Kleinchirurgische Eingriffe	2301	<ul style="list-style-type: none"> Erbringung von operativen Eingriffen mit Eröffnung von Haut/Schleimhaut oder Leistungen der primären Wundversorgung mittels Naht oder Gewebekleber 		15,00 EUR/Leistung
Behandlungskomplex sekundär heilende Wunden	2310	<ul style="list-style-type: none"> Abtragung von Nekrosen und/oder Wunddebridement und/oder Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes bei sekundär heilenden Wunden und/oder Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade und/oder Einbringung Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten Inkl. Anlage/Wechsel von Schienenverbänden 	<ul style="list-style-type: none"> Abrechenbar je Sitzung Höchstmenge 6x / Quartal Nicht abrechenbar am gleichen Tag neben 2301 und 02311 	22,00 EUR/Leistung
Behandlung diabetischer Fuß (02311)	02311	Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog Qualifikationsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> Abrechenbar je Bein und je Sitzung Nur bei vorliegender Genehmigung der KV Bayerns nur abrechenbar bei Vorliegen einer Diabetesdiagnose mit der Komplikation diabetisches Fußsyndrom und einer behandlungsbedürftigen Wunde am Fuß. Dokumentation des Vorliegens durch 	15,00 EUR/Leistung

			Übermittlung der entsprechenden gesicherten endstelligen Diagnose entsprechend Anhang 2.1 zu Anlage 3	
Modul „Onkologie“				
Kontaktabhängige Grundpauschale für die hausärztliche Betreuung onkologisch erkrankter Patienten	0002	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Patienten mit folgenden Merkmalen: ▪ Gesicherte Erkrankung an einer Diagnose verschlüsselt nach dem Kapitel II „Neubildungen“ ab dem Zeitpunkt der Diagnosesicherung für die ersten vier nachfolgenden Quartale oder ▪ während einer laufenden Chemotherapie oder ▪ während einer laufenden Radiatio oder ▪ bei Auftreten eines Rezidives der ursprünglichen Erkrankung oder ▪ bei Auftreten einer Metastasierung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Keine Vergütung der Grundpauschale 0000 ▪ Nicht abrechenbar neben der Palliativpauschale 0001 sowie dem Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand 0003 ▪ Nur für Patienten mit mind. 2 Arzt-Patienten-Kontakten im Abrechnungsquartal, wobei 1 Kontakt durch 2 VERAH-Besuche ersetzt werden kann ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nicht abrechenbar, wenn der Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet 	120,00 EUR/ Quartal
Gespräch (tel. oder direkt) mit einem Mitbehandler in einem onkologischen Behandlungsfall	2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliches Gespräch mit ▪ Dem/den mitbehandelnden onkologisch verantwortlichen niedergelassenen Arzt/Ärzten oder ▪ dem/den mitbehandelnden Onkologen oder ▪ dem/den mitbehandelnden Strahlentherapeuten oder ▪ einem Krankenhausarzt bei stationärer Behandlung des onkologisch Erkrankten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nur abrechenbar, wenn ein onkologischer Behandlungsfall vorliegt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nicht abrechenbar, wenn der Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet 	15,00 EUR/ Leistung
Modul „Geriatric“				
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	03360	Erbringung der Leistung gemäß EBM GOP 03360 ab dem vollendeten 70. Lebensjahr. Bei Verdacht auf das Vorliegen der Erkrankungen aus der entsprechenden Diagnosegruppe aus Anhang 2.1 zu Anlage 3 ist diese Altersbegrenzung aufgehoben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Kalenderjahr ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal. 	16,00 EUR/ Leistung
Hausärztlich geriatriche Betreuung	03362	Untersuchung zur Feststellung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung geriatrichepezifischer Syndrome gemäß EBM GOP 03362 ab dem vollendeten 70. Lebensjahr. Bei Vorliegen von Erkrankungen aus der entsprechenden Diagnosegruppe aus Anhang 2.1 zu Anlage 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nur für Patienten mit mind. 2 Arzt-Patienten-Kontakten 	18,50 EUR/ Leistung

		ist diese Altersbegrenzung aufgehoben	im Abrechnungsquartal abrechenbar.	
Modul „Palliativ“				
Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten für die ersten 5 Quartale	0001	<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 Patient mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit ist, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden und psychologischen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitäts-erhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal für max. 5 Quartale ab Diagnosesicherung mittels ICD Z51.5 ▪ Keine Vergütung der Grundpauschale 0000 ▪ Nicht abrechenbar neben der Onkologiepauschale 0002, dem Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand 0003 ▪ Nicht abrechenbar, wenn der HzV-Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet ▪ Nur für Patienten mit mind. 2 Arzt-Patienten-Kontakten im Abrechnungsquartal, wobei 1 Kontakt durch 2 VERAH-Besuche ersetzt werden kann ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet <p>Nur abrechenbar, wenn die gesicherte Diagnose Z51.5 übermittelt wird</p>	120,00 EUR
Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten nach dem 5. Quartal	0001A 0001B 0001C 0001D 0001E 0001F	Längere Betreuung eines Patienten mit einer Palliativkrankung nach dem 5. Quartal gem. Definition WHO (s. GOP 0001).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nur GOP 0001A oder 0001B oder 0001C oder 0001D oder 0001E oder 0001F je Quartal abrechenbar ▪ Nicht abrechenbar neben der Palliativpauschale 0001 ▪ Keine Vergütung der Grundpauschale 0000 ▪ Nicht abrechenbar neben der Onkologiepauschale 0002, dem Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand 0003 ▪ Nicht abrechenbar, wenn der HzV-Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet ▪ Nur für Patienten mit mind. 2 Arzt-Patienten-Kontakten im Abrechnungsquartal, wobei 1 Kontakt durch 2 VERAH-Besuche ersetzt werden kann 	120,00 EUR

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nur abrechenbar, wenn neben der gesicherten Diagnose Z51.5 zusätzlich die Dokumentation gemäß Anhang 2.1 zu Anlage 3 übermittelt wird 	
Modul Leistungen der qualifizierten Praxismitarbeiterin „VERAH“				
Besuch durch VERAH	1417	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß P 3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten und Patienten mit geriatrischen und onkologischen Erkrankungen.	<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. 	17,00 EUR/Leistung
Modul „Sonstige Leistungen“				
Wegepauschale (Zone A)	4401	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 (1410) abgerechnet wird. ▪ Die Wegepauschale Zone A ist nicht neben den Wegepauschalen Zone B und Zone C abrechenbar. 	10,00 EUR/Leistung
Wegepauschale (Zone B)	4402	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wegepauschale Zone B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch (1410) abgerechnet wird. ▪ Die Wegepauschale Zone B ist nicht neben den Wegepauschalen Zone A und Zone C abrechenbar. 	15,00 EUR/Leistung
Wegepauschale (Zone C)	4403	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wegepauschale Zone C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch (1410) abgerechnet wird. ▪ Die Wegepauschale Zone C ist nicht neben den Wegepauschalen Zone A und Zone B abrechenbar. 	17,50 EUR/Leistung

Definition	Beschreibung
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HzV-Hausarzt.
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß § 5 Abs. 3 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, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt.
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).
EBM	Soweit in diesem HzV-Vertrag der Begriff EBM verwendet wird, bezieht sich dies auf den Stand EBM 01.04.2015.
Chronische Erkrankungen	Eine Erkrankung ist chronisch, wenn eines der folgenden Merkmale vorhanden ist: <ol style="list-style-type: none"> a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor. b) 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. c) 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 durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

§ 2 Abrechnungsberechtigung

Die Vertragspartner vereinbaren für die von den HzV-Hausärzten zu erbringenden und in der Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen, die in Anhang 1 zu dieser Anlage 3 bezeichnet sind, folgende HzV-Vergütung mit den Maßgaben

- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Hausarzt und pro HzV-Versicherten abrechenbar;
- Alle Leistungen sind grundsätzlich miteinander am selben Tag pro Hausarzt und pro HzV-Versicherten abrechenbar (Ausnahme explizit benannt). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar, wenn nichts Abweichendes bestimmt ist;
- Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.

§ 3 Laufzeit

Die Laufzeit der Regelungen dieser Anlage 3 richtet sich grundsätzlich nach der des HzV-Vertrages. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gelten § 12 Abs. 5,6 und § 18 HzV-Vertrag.

§ 4 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

(1) 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 § 3 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen dieser Anlage 3 als Einzelleistungen, Zuschlag oder Pauschale berücksichtigt bzw. sie entfallen im EBM-Ziffernkranz nach Anhang 1 zu dieser Anlage 3.

Den insoweit notwendigen Folgeanpassungen des EBM -Ziffernkranzes in Anhang 1 zu dieser Anlage 3 stimmt der Hausarzt bereits jetzt zu.

(2) Der Hausarzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der

Krankheiten des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

(3) 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.

(4) Er 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. 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.

(5) Leistungen gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG / des MVZ ebenfalls durch die in der Anlage 3 aufgeführten Vergütungspositionen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuerarzt, 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.

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

(7) 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.

(8) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der AOK Bayern und der KV Bayern geschlossenen „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen“.

(9) Alle Impfleistungen analog den Ziffern der „Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen – Anlage 1“ sind Bestandteil des HzV-Vertrages und werden als Einzelleistungen abgerechnet. Die Vergütung zur Durchführung der Impfung richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung des Rahmenvertrages zwischen der KV Bayern und der AOK Bayern 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.

(10) Die Dokumentation der Impfleistung wird analog EBM-Ziffern durchgeführt. Einzelheiten sind im Anhang 1 dieser Anlage 3 zu entnehmen.

§ 5 Abrechnung der HzV-Vergütung durch den BHÄV

(1) Der BHÄV ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des Hausarztes nach den Vorgaben dieser Anlage 3 verpflichtet. Das vom BHÄV hiermit beauftragte Rechenzentrum ist

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
Edmund-Rumpler-Str. 2
51149 Köln

(2) Der BHÄV 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). 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 BHÄV 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 er BHÄV berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der AOK Bayern (vgl. § 4 dieser Anlage 3) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Der BHÄV ist verpflichtet, die HzV-Abrechnung des Hausarztes auf Plausibilität nach Maßgabe dieser Anlage 3 unter Zugrundelegung der in § 7 dieser Anlage 3 genannten Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 5 geprüften HzV-Abrechnungen des Hausarztes erstellt der BHÄV die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der AOK Bayern oder der von ihr benannten Stelle, die gemäß § 13 Abs. 4 HzV-Vertrag mindestens drei Wochen vor Geltendmachen gegenüber dem Hausarzt dem vom BHÄV beauftragten Rechenzentrum in elektronisch verarbeitungsfähiger Dateiform mitzuteilen sind, überprüft der BHÄV durch das beauftragte Rechenzentrum die Abrechnungsdatei erneut. Der von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei ist zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser Anlage 3 (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Der BHÄV übersendet dem Hausarzt nach Erhalt der Zahlung durch die AOK Bayern einen 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 § 13 Abs. 5 HzV-Vertrag erfolgte Aufrechnung der AOK Bayern.

- (7) Der Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der BHÄV unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und ihm etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Bei über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der AOK hinausgehenden Ansprüchen des Hausarztes wird sich der BHÄV im Benehmen mit ihm eine Fehleranalyse vornehmen sowie gegebenenfalls eine korrigierende Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der AOK Bayern vornehmen. Der BHÄV 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 Vergütung gegenüber der AOK Bayern

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der BHÄV der AOK Bayern eine Abrechnungsdatei als zahlungsbegründende Unterlage an die von der AOK Bayern benannte Kopf- bzw. Clearingstelle. Der BHÄV bedient sich zu Erfüllung seiner Verpflichtung eines von ihm benannten Rechenzentrums (§ 295 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 § 12 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 12 Abs. 3 HzV-Vertrag aus.
- (2) Die AOK Bayern oder die von ihr benannte Stelle hat eine Prüffrist von 15 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 AOK Bayern oder die von ihr benannte Stelle der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ord-

nungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem BHÄV schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (Abrechnungsrüge) und ebenfalls innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine entsprechende Rügedatei (Technische Rügedatei) gemäß den Regelungen des Anhangs 3 zur Anlage 4 dem vom BHÄV beauftragten Erfüllungsgehilfen zu übermitteln.

Lediglich schriftlich geäußerte Einwände gegen die Abrechnung müssen durch die Hausärzterverband oder den von ihm mit der Abrechnung beauftragten Erfüllungsgehilfen nicht geprüft und verarbeitet werden. Eine aggregierte schriftliche Rügemitteilung ohne entsprechende Technische Rügedatei ist weder für die Überprüfung noch für die Zuordnung der Rügen auf Ebene des einzelnen Hausarztes ausreichend. Eine in diesem Sinne unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.

- a) Die AOK Bayern ist innerhalb einer Zahlungsfrist von fünf Arbeitstagen (Montag bis Freitag) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage 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 AOK Bayern innerhalb einer Zahlungsfrist von fünf Arbeitstagen ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden. Der Hausärzterverband bzw. der mit der Abrechnung beauftragte Erfüllungsgehilfe prüft und verarbeitet berechtigte Abrechnungsrügen im Rahmen nachfolgender Abrechnungen.
- (3) Die Regelungen in § 13 Abs. 2, 3 HzV-Vertrag bleiben unberührt. In diesen Fällen der Abrechnungskorrektur ist ferner § 13 Abs. 4 HzV-Vertrag zu beachten.

- (4) Die AOK Bayern hat die Zahlung auf das schriftlich vom BHÄV benannte Konto (Abrechnungskonto) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der BHÄV spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der AOK Bayern schriftlich mitteilen.
- (5) Die AOK Bayern 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 BHÄV und die AOK Bayern prüfen selbst oder durch ihre Erfüllungsgehilfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§13 HzV-Vertrag i. V. m. 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 Dateien:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung;
 - b) Vorliegen der Voraussetzung zur vertragskonformen Erbringung von Einzelleistungen;
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser Anlage 3.
- (3) Der Umfang der von dem BHÄV an die AOK Bayern 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 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§13 HzV-Vertrag) eine Prüfung nach Anlage 8 durchzuführen sein.

(6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelungen nach Maßgabe des HzV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8 Auszahlung der HzV-Vergütung durch den BHÄV

(1) Die AOK Bayern zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an den BHÄV. Dieser ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung im fremden Namen und für fremde Rechnung entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten. Der BHÄV prüft den Betrag der von der AOK Bayern erhaltenen Zahlungen sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist (§ 6 dieser Anlage 3).

(2) In Höhe der jeweiligen Zahlung an den vom BHÄV beauftragten Erfüllungsgehilfen tritt Erfüllung gegenüber dem Hausarzt ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach § 13 HzV-Vertrag.

(3) Der BHÄV ist verpflichtet, Zahlungen der AOK Bayern in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Zeit für die erforderliche Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen erfolgen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

(4) Für die Weiterleitung der von der AOK Bayern erhaltenen Zahlung an den Hausarzt zum Zwecke der Honorarauszahlung der HzV-Vergütung nach § 12 Abs. 1 HzV-Vertrag gemäß den Vorgaben der Anlage 3 bedient sich der BHÄV eines Erfüllungsgehilfen.

Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser Anlage 3:

Anhang 1 zur Anlage 3: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz

Anhang 2 zur Anlage 3: Krankheitsbilder

Anhang 3 zur Anlage 3: Qualifizierte Versorgungsassistentin (VERAH)

Anhang 4 zur Anlage 3: Überleitungsbogen, Merkblatt Versorgungsmanagement

Anhang 5 zur Anlage 3: Medikations-Dokumentationsbogen

Anhang 6 zur Anlage 3: Fachkonzept Korrekturanforderungsmanagement

Anhang 7 zur Anlage 3: Vergütungsübergrenze