

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1

HzV-Vergütungspositionen

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

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

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

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

Leistung / Bezeichnung	Abr.-Pos. AIS	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen				
Altersgestaffelte Kontaktabhängige Pauschale (Grundpauschale) Altersstufe A: 0-5, Altersstufe B: 6-59, Altersstufe C: > 60	0000	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 (HzV-Ziffernkranz“) zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung ▪ Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 5 und 6 des HzV-Vertrages ▪ Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen der BKK 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	GP A: 40 EUR GP B: 34 EUR GP C: 47 EUR

<p>Kontaktabhängige Vertreterpauschale</p>	<p>0004</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. 2x 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 ▪ Wird nur dem Vertreterarzt vergütet 	<p>12,50 EUR</p>
<p>Zielauftragspauschale</p>	<p>0005</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 der Extremitätenversorgenden u./o. extrakraniellen Gefäße - Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen - Hautkrebsscreening 	<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 zusätzlich abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung: min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	<p>5,00 EUR</p>
<p>Zielauftragspauschale DSP</p>	<p>0005D</p>	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale 0005/ Vertreterpauschale 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 	<p>12,50 EUR</p>

		<p>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</p>	<p>Schwerpunktpraxis tätigen diabetologisch besonders qualifizierten HAUSARZT nur bei einer Überweisung durch den Betreuarzt abrechenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur abrechenbar, wenn Qualifikation „diabetologische Schwerpunktpraxis“ vorliegt ▪ Die DSP ist nicht abrechenbar für eigene HzV-Versicherte 	
Modul Einzelleistungen Unzeit				
Inanspruchnahme zur Unzeit	01100	<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 – 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 	25,00 EUR
Inanspruchnahme zur Unzeit	01101	<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 – 7:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	40,00 EUR

<p>Ungeplanter eiliger Besuch</p>	<p>1419 (DB)</p>	<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 ▪ Maximal abrechenbar in Höhe von 10% der Anzahl abgerechneter Besuche und Heimbesuche des Betreuers und weiterer Mitglieder der BAG im Quartal ▪ 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 ○ 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 Werktages. 	<p>70,00 EUR</p>
<p>Modul Regelhafte Besuchstätigkeit</p>				
<p>Besuch</p>	<p>1410 (BE)</p>	<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>		<p>30,00 EUR</p>

Mitbesuch	1413 (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 	7,54 EUR
Modul Einzelleistungen Prävention Plus				
Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening	01732 (GU35)	<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 Streifentest ▪ Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung ab dem Alter von 50 Jahren, sofern der HzV-Versicherte 	<p>Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet.</p> <p>Sie ist auch am gleichen Tag abrechenbar wie die Leistung „Hautkrebsscreening“ HKS.</p> <p>Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</p> <p>Einschließlich Eintragung ins Bonusheft</p>	35,00 EUR/Leistung

		<p>durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 		
Zuschlag zur 01732 (GU35) ab dem 46. Lebensjahr	1790 (ZGU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. bei familiärer Vor-erkrankung bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung 	<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 	10,00 EUR/ Leistung
Hautkrebsscreening	01745	<p>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)</p>	<p>Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ VP ist daneben nicht abrechenbar. 	21,20 EUR/ Leistung
Zuschlag HKS zur 01732 (GU35)	01746	<p>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)</p>	<p>Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet.</p> <p>Sie ist am gleichen Tag abrechenbar wie GU35.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	16,82 EUR/ Leistung

<p>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen</p>	<p>01730</p>	<p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je weiblicher HzV-Versicherten ab dem Alter von 20 Jahren vergütet. ▪ VP ist daneben nicht abrechenbar. 	<p>17,87 EUR/Leistung</p>
<p>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer</p>	<p>01731</p>	<p>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)</p>	<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. 	<p>14,19 EUR/Leistung</p>
<p>Stuhltest im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung</p>	<p>01737</p>	<p>Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung</p>	<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. 	<p>6,00 EUR/Leistung</p>
<p>Neugeborenen-Screening</p>	<p>01707</p>	<p>Erbringung der Leistung „Neugeborenen-screening analog Qualifikationsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA</p>	<p>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</p>	<p>14,22 EUR/Leistung</p>

Neugeborenenenerstuntersuchung (U 1)	01711	Erbringung der Leistung Neugeborenenenerstuntersuchung analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	13,27 EUR/Leistung
Neugeborenenbasisuntersuchung (U 2)	01712	Erbringung der Leistung Neugeborenenbasisuntersuchung analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR/Leistung
Untersuchung 4. bis 6. Lebenswoche (U 3)	01713	Erbringung der Leistung U 3 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01713	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR/Leistung
Untersuchung 3. bis 4. Lebensmonat (LM) (U 4)	01714	Erbringung der Leistung U 4 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01714	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR/Leistung
Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)	01715	Erbringung der Leistung U 5 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01715	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR/Leistung
Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)	01716	Erbringung der Leistung U 6 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01716	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR/Leistung
Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)	01717	Erbringung der Leistung U 7 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01717	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR/Leistung
Untersuchung 43. bis 48 LM (U 8)	01718	Erbringung der Leistung U 8 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01718	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR/Leistung
Untersuchung 60. bis 64 LM (U 9)	01719	Erbringung der Leistung U 9 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01719	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	42,23 EUR/Leistung
Jugendgesundheitsuntersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)	01720	Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. 	37,38 EUR/Leistung
Jugendgesundheitsuntersuchung 17. bis 18. Lebensjahr (J 2)	1724 (J2)	Erbringung der Leistung J2 Erkennen und Behandlungseinleitung von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pubertäts- und Sexualitätsstörungen ▪ Haltungstörungen ▪ Kropfbildung ▪ Diabetes-Vorsorge ▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen Begleitende Beratung bei der Berufswahl.	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr vergütet.	37,38 EUR/Leistung
Impfungen	89100A ff.	Siehe Regelungen § 3 Punkt 6		

Modul „ambulant-stationäres Schnittstellenmanagement“				
Postoperative hausärztliche Betreuung	2005 (PB5)	<p>Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen ▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen ▪ Erläuterung/ Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten ▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen ▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten ▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation ▪ Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG) 	<p>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.</p> <p>Die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten / stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar.</p> <p>Die postoperative hausärztliche Betreuung ist pro durchgeführter Operation nur einmal abrechenbar.</p>	30,00 EUR/Leistung
Modul Einzelleistungen				
Belastungs-EKG	03321	Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Max. 1 x pro Quartal abrechenbar	23,00 EUR
Langzeit-EKG	03322	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Max. 1 x pro Quartal abrechenbar	8,00 EUR

Langzeit-RR	03324	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Max. 1 x pro Quartal abrechenbar	8,00 EUR
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	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)	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 GP einer BSNR im Quartal	20,00 EUR
Sonografie Abdomen	33042	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Max. 2 x pro Quartal abrechenbar	21,00 EUR
Sonografie Schilddrüse	33012	Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		11,00 EUR
Unidirektionaler Doppler	2000 (STD)	Erbringung der Leistung doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	Max. 1 x pro Quartal abrechenbar	8,00 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	Nicht abrechenbar neben 2000 (STD)	14,00 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	Nicht abrechenbar neben 2000 (STD)	36,00 EUR
Chirotherapie an der Wirbelsäule	30201	Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		7,00 EUR

Körperakupunktur	30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gem. EBM 30790		46,61 EUR
Körperakupunktur	30791	Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gem. EBM 30791		21,03 EUR
Hyposensibilisierung	30130	Erbringung der Leistung „Hyposensibilisierungsbehandlung“ gem. EBM 30130		9,29 EUR
Versorgung chronischer Wunden 02310	02310	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)“ gem. EBM 02310	Max. 1 x pro Quartal	20,33 EUR
Versorgung chronischer Wunden 02311	02311	Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog Leistungsbeschreibung gem. EBM 02311	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar je Bein und je Sitzung ▪ Nur bei vorliegender Genehmigung der KVB 	13,84 EUR
Versorgung chronischer Wunden 02312	02312	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris“ analog Leistungsbeschreibung gem. EBM 02112	Abrechenbar je Bein und je Sitzung	11,04 EUR
Verordnung medizinischer Reha	01611	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		30,00 EUR
Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter	01624	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		22,73 EUR
Modul hausärztliche Betreuung für chronisch bzw. multimorbid Kranke				
P 3.1 Zuschlag für die Betreuung chronisch kranker Patienten	0003	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung von chronisch kranken Patienten <p>Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der mindestens eine der Erkrankungen hat, die zu den in Anhang 2 zu Anlage 3 definierten Krankheitsbildern</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ nicht neben P3.2 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p>	10,00 EUR

		gehört und für den zu diesem Krankheitsbild mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose im Abrechnungsquartal übermittelt wurde	<ul style="list-style-type: none"> Nur für chronisch kranke Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
P3.2 Zuschlag für die Betreuung multi- morbider Patienten	0003	<ul style="list-style-type: none"> Betreuung von multimorbid kranken Patienten <p>Ein multimorbid kranker Patient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der mindestens zwei der Erkrankungen hat, die zu den in Anhang 2 zu Anlage 3 (Vergütungsanlage) definierten Krankheitsbildern gehört und für den zu diesen Krankheitsbildern mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose im Abrechnungsquartal übermittelt wurde</p>	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1 x pro Quartal Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht neben P3.1 und/oder P3.3 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nur für multimorbid kranke Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	27,50 EUR
P3.3 Zuschlag für die Betreuung multi- morbider Patienten	0003	<ul style="list-style-type: none"> Betreuung von multimorbid kranken Patienten <p>Ein multimorbid kranker Patient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der mindestens drei der Erkrankungen hat, die zu den in Anhang 2 zu Anlage 3 (Vergütungsanlage) definierten Krankheitsbildern gehört und für den zu diesen Krankheitsbildern mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose im Abrechnungsquartal übermittelt wurde</p>	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1 x pro Quartal Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht neben P3.1 und/oder P3.2 im selben Quartal abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nur für multimorbid kranke Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	55,00 EUR
Modul hausärztliche Betreuung geriatrischer Patienten				
Heimbesuch	1418 (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. Bei Versorgung mehrerer HzV-Versicherter der beigetretenen BKKen auf einer Station gilt die Bayernregelung bezüglich der Abrechnung der Besuchsleistung 	18,00 EUR / Leistung

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Heimbesuch“ abrechenbar. ▪ Max. 10 x pro Quartal ▪ Die Leistung ist für einen HzV-Versicherten nur einmal pro Tag abrechenbar. ▪ Die Leistung ist max. für die Dauer von einem Quartal im selben Quartal neben regelhaften Besuchen (1410) im gleichen Quartal abrechenbar. ▪ Besuche im Rahmen einer Kurzzeitpflege sind nicht als Heimbesuch, sondern als regelhafter Besuch (1410) ab zu rechnen. 	
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	03240	Erbringung der Leistung gem. EBM (GOP 03240) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x pro Quartal abrechenbar für Versicherte vom 61. Lebensjahr an ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	17,00 EUR / Leistung
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	03362	<p>Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stuhl- und/oder Harninkontinenz ▪ Sturz, lokomotorische Probleme (z. B. Schwindel, Gangunsicherheit) ▪ Frailty-Syndrom ▪ Immobilität und verzögerte Remobilität ▪ Hemiplegiesyndrom ▪ Kognitive und neuropsychologische Störungen einschließlich Depression und Demenz ▪ Metabolische Instabilität 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 1 x pro Quartal abrechenbar für Versicherte ab dem vollendeten 70. Lebensjahr an <p>oder</p> <p>bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	16,33 EUR / Leistung

<p>Pauschale für die Erstellung eines Geriatrischen Notfallplans zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase</p>	<p>3740A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung eines geriatrischen Notfallplans unter Verwendung des Formulars „Notfallplan geriatrischer Patient“ ▪ Verwahrung in der Patientenakte ▪ Durchführung eines patientenorientierten Beratungsgesprächs ▪ Dokumentation unter Verwendung des Vordrucks Notfallplanung ▪ Aktualisierung des geriatrischen Notfallplans bei Änderungsbedarf während des Kalenderjahrs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einmal im Kalenderjahr ▪ Nur für Betreuarzt ▪ Nur neben der 0001 oder 0003 abrechenbar ▪ Bei Patienten mit Aufenthalt in stationären Pflegeeinrichtungen ▪ Nicht abrechenbar neben 3740B 	<p>45 EUR / Kalenderjahr</p>
<p>Pauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß GOP 37400 und Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V</p>	<p>3740B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungserbringung gemäß GOP 37400 unter Teilnahme z.B. an einem vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Beratungsgespräch bzw. Fallbesprechung gemäß der Vereinbarung nach §132g Abs. 3 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einmal im Kalenderjahr ▪ Nur für Betreuarzt ▪ Nur neben der 0001 oder 0003 abrechenbar ▪ Bei Patienten mit Aufenthalt in stationären Pflegeeinrichtungen ▪ Nicht abrechenbar neben 3740A 	<p>45 EUR / Kalenderjahr</p>
<p>Modul hausärztliche Betreuung für Palliativpatienten</p>				
<p>Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</p>	<p>0001</p>	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung analog Definition des EBM 3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung, Präambel, Absatz 1:</p> <p>Palliativleistungen im Sinne dieser Anlage 3 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal für max. 8 Quartale pro HzV-Teilnehmer ▪ nicht abrechenbar neben 0000 (GP) und 0003 (P3.1-3.3) ▪ nicht für HzV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält <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 	<p>120,00 EUR</p>

		dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur im Zusammenhang mit einer dokumentierten Palliativbetreuung (ICD Z51.5 G) abrechenbar 	
Rufbereitschaft am Lebensende	3730	<p>Intensive Betreuung sterbender Patienten in den letzten Tagen / wenigen Wochen vor dem Tod</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonische Erreichbarkeit an sieben Tagen pro Woche jeweils 24 Stunden ▪ Erstellung eines Behandlungsplans zur Symptomkontrolle und eines Notfallplans zum Verbleib beim Patienten ▪ Herstellen eines Behandlungsnetzwerks mit mindestens zusätzlicher Hospizbegleitung bzw. Pallcare-Fachkraft ▪ Sicherstellung der Gabe von Bedarfsmedikation auch auf telefonische Angabe (durch Angehörige, Pflege, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Leben für max. 5 aufeinander folgende Wochen (<i>muss wöchentlich mittels Ziffer 3730, 3730B, 3730C, 3730D, 3730E dokumentiert werden</i>) ▪ Nur abrechenbar für Palliativpatienten mit der Diagnose Z51.5 G ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Nur abrechenbar bei Vorliegen der KV-Genehmigung, Nachweis über Teilnahme „Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 Stunden)“ (Nachreichfrist für den Nachweis bis 30.06.2020) 	75,00 EUR / Woche
Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	1490 (ZBE)	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 10 x pro Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Abrechenbar neben den Leistungen BE, DB, HB ▪ nicht für HzV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält 	20,00 EUR/ Leistung

Modul Gerinnungsmanagement				
Pauschale bei einer Neueinstellung von Patienten auf dauerhafte Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten	0007A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neueinstellung eines Patienten gem. Einschlusskriterien nach Anhang 5 Anlage 3 auf eine dauerhafte VKA-Therapie ▪ Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen sowie Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen ▪ Ernährungsberatung (Vitamin K) ▪ Ausstellung und Erläuterung der Handhabung des Therapiepasses ▪ Ggf. Koordination und Durchführen der Umstellungsmaßnahmen „Bridging“ im Rahmen von operativen oder sonstigen Eingriffen, die eine zeitweise Unterbrechung der Einnahme der OAK erfordern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal für max. vier aufeinanderfolgende Quartale <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht neben 0007B ▪ gilt nur bei OAK vom Typ der Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon, Warfarin) ▪ keine VKA-Verordnung in den letzten vier Vorquartalen vor Abrechnungsquartal ▪ Verordnung von VKA nicht taggleich erforderlich ▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet 	30,00 EUR
Pauschale für den Mehraufwand bei bestehender dauerhafter Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten	0007B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dauerhafte Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten eines Patienten gem. Einschlusskriterien nach Anhang 5 Anlage 3: ▪ Regelmäßige Überwachung des INR (mindestens 3 x pro Quartal) inkl. ggf. erforderlicher Dosisanpassungen der OAK ▪ Führen des Therapiepasses ▪ Aufklärung des Patienten über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen sowie Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen ▪ Ernährungsberatung (Vitamin K) ▪ Ggf. Koordination und Durchführen der Umstellungsmaßnahmen „Bridging“ im Rahmen von operativen oder sonstigen Eingriffen, die eine zeitweise Unterbrechung der Einnahme der 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht neben 0007A ▪ gilt nur bei OAK vom Typ der Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon, Warfarin) ▪ abrechenbar, wenn in den letzten vier Vorquartalen vor Abrechnungsquartal Verordnung von ausschließlich und mindestens einmal VKA und keine DOAK/NOAK ▪ Verordnung von VKA nicht taggleich erforderlich ▪ Nicht abrechenbar bei der Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung durch den Patienten 	15,00 EUR

		OAK erfordern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht abrechenbar wenn eine dauerhafte Umstellung auf DOAK/NOAK durch Betreuarzt erfolgt ▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Modul Rationale Pharmakotherapie				
Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf jede altersgestaffelte kontaktabhängige Pauschale (GP A – C)		Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Zuschlag auf jede vergütete kontaktabhängige Pauschale, sofern die in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Zuschlag wird automatisch vom Rechenzentrum hinzugefügt 	4,00 EUR
Modul Leistungen der qualifizierten Praxismitarbeiterin „VERAH“				
Besuch durch VERAH	1417 (BEV)	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß P3.1, P3.2, P3.3, 0001.	<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
IV Sonstiges				
Wegepauschale (Zone A)	4401 (WPA)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz.	<p>Die WP A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB, oder ZBE abgerechnet werden.</p> <p>Die Wegepauschale WP A ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und WP B und WP C abrechenbar.</p>	5,00 EUR/Leistung
Wegepauschale (Zone B)	4402 (WPB)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz.	Die WP B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB, oder ZBE abgerechnet werden.	10,00 EUR/Leistung

			Die Wegepauschale WP B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und WP A und WP C abrechenbar.	
Wegepauschale (Zone C)	4403 (WPC)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxisstzitz	Die WP C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB, oder ZBE abgerechnet werden. Die Wegepauschale WP C ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und WP A und WP B abrechenbar.	15,00 EUR / Leistung
Definition		Beschreibung		
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.			
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß § 3 Abs. 5 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 Betreuertes innerhalb einer BAG/eines MVZ die Vertretung des Betreuertes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet.			
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 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 Vertrages. Die Vergütungsregelungen gemäß den § 1 dieser **Anlage 3** können erstmals zum 1.7.2013 angepasst werden. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages.

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HzV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HzV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die Betriebskrankenkasse 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 I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HzV-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 Betreuarztes für die HzV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

- (1) Der HAUSARZT rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu diese **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 HzV-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 HzV-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 HzV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

4. Besonderheiten bei HzV-Leistungen innerhalb von BAG / MVZ

- (1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG / des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG / des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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. Technische Umsetzung von Begrenzungsregelungen

Die technische Umsetzung von Begrenzungsregelungen im Rahmen der Vergütungstabelle regeln die Vertragspartner im Rahmen eines gesonderten Fachkonzeptes.

§ 4

Praxisgebühr

- entfallen -

§ 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 57561110

- (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 Betriebskrankenkasse (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 Abrechnungen der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse.

- (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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse

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

- a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Betriebskrankenkasse 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 zusätzlich elektronisch übermittelt werden.
 - b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die Betriebskrankenkasse 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 zusätzlich elektronisch übermittelt werden. § 12 des HzV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
- (3) Die Betriebskrankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der Betriebskrankenkasse schriftlich mitteilen.
 - (4) Die Betriebskrankenkasse 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 Hausärzteverband und die Betriebskrankenkasse 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. 1 b), Abs. 3 dieser **Anlage 3**.

- (3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Betriebskrankenkasse 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) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Betriebskrankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Betriebskrankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**.

- (2) Die HÄVG ist als Zahlstelle des Hausärzteverbandes berechtigt und gegenüber dem Hausärzteverband verpflichtet, die von der Betriebskrankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 10 des HzV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 15 des HzV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Betriebskrankenkasse in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

Die Betriebskrankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an den Hausärzteverband, der sich hierfür der HÄVG als Zahlstelle bedient. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach §§ 11, 12 des HzV-Vertrages.

§ 9

Anhänge

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

- | | |
|------------------------------|--|
| Anhang 1 zu Anlage 3: | Leistungsbeschreibung gemäß HzV-Ziffernkranz |
| Anhang 2 zu Anlage 3: | Krankheitsbilder |
| Anhang 3 zu Anlage 3: | VERAH-Vergütung |
| Anhang 4 zu Anlage 3: | Zuschlag Rationale Pharmakotherapie |
| Anhang 5 zu Anlage 3: | Modul Gerinnungsmanagement |