

Anlage 3 – HzV-Vergütung und Abrechnung und Abschlagszahlung

§ 1

HzV-Vergütungspositionen

Die SVLFG und der BHÄV vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (HzV-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen („**H_zV-Leistungen**“) folgende HzV-Vergütung:

Leistung / Bezeichnung	vorbehaltlich der EDV-Vorgaben geplante Abr.-Pos. im AIS	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
I Pauschalen				
P1 Kontaktunabhängige Strukturpauschale (SP)		Leistungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages	1 x pro Quartal Voraussetzung: - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	6,00 EUR
P2 A Kontaktabhängige Grundpauschale (GP) (Mitglied)	0000	- Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 („H_zV-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 SVLFG	- Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: - Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal - Nur für Versicherte mit dem Status „Mitglied“ - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	40,00 EUR
P2 B Kontaktabhängige Grundpauschale (GP) (Altenteiler)	0000	Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 („H_zV-Ziffernkranz“) zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der	- Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: - Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	75,00 EUR

		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 SVLFG	- Nur für Versicherte mit dem Status „Altenteiler“ - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
P3 Zuschlag für chronisch kranke Patienten (Betreuungspauschale BP) (Mitglied)	0003	Betreuung von chronisch kranken Patienten Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der die entsprechende Definition des G-BA (Chroniker-Richtlinie) erfüllt und für den mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal dokumentiert wurde	- Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: - Nur für chronisch kranke Patienten gemäß Definition des G-BA mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal - Nur für Versicherte mit dem Status „Mitglied“ - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	27,00 EUR
VP Kontaktabhängige Vertreterpauschale	0004	Hausärztliche Versorgung des Patienten durch einen Vertreterarzt gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	- Max. 2 x pro Quartal - Max. 1 x pro Tag abrechenbar - Nicht am selben Tag wie ZP abrechenbar - Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: - Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal - Wird nur dem Vertreterarzt vergütet	20,00 EUR
ZP Zielauftragspauschale	0005	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	- Nicht am selben Tag mit der VP abrechenbar - Auf die ZP entfallen keinerlei Zuschläge - Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar	20,00 EUR

			Voraussetzung: ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	
KP Kleinkindpauschale	0006	Speziell auf die Bedürfnisse von Kindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr abgestimmte Versorgung, die die unter GP (P2A) und SP (P1) genannte Versorgung ergänzt und unter Berücksichtigung folgender Kriterien: Besonders zeitintensive und fachlich anspruchsvolle Behandlung mit erhöhter Kontakthäufigkeit	▪ Max. 1x pro Quartal je H_zV-Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr ▪ Die KP ist nicht neben der BP (P3) abrechenbar. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet Voraussetzung: ▪ Nur abrechenbar, wenn für den H_zV-Versicherten im Abrechnungsquartal auch die GP (P2A) abgerechnet wird.	17,50 EUR
Modul Gerinnungsmanagement				
Kontaktabhängiger Zuschlag auf die Grundpauschale für den Mehraufwand bei Betreuung von Patienten mit Vitamin-K-Antagonisten	0007	▪ Regelmäßige Überwachung des INR inkl. ggf. erforderlicher Dosisanpassungen der OAK. ▪ Führen des Therapiepasses ▪ Aufklärung des Patienten über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen ▪ Ernährungsberatung (Vitamin K), ▪ Ggf. Koordination und Durchführen der Umstellungsmassnahmen „Bridging“ im Rahmen von operativen oder sonstigen Eingriffen, die eine zeitweise Unterbrechung der Einnahme der OAK erfordern	▪ 1 x pro Quartal Voraussetzung: ▪ gilt nur bei OAK vom Typ der Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon, Warfarin) ▪ Nicht abrechenbar bei der Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung durch den Patienten ▪ Nicht abrechenbar wenn eine dauerhafte Umstellung auf DOAK/NOAK erfolgt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	34,00 EUR
Zuschläge auf P1				
Z2 Allergologie-Zuschlag		Hausärztlich-allergologische Basisdiagnostik: ▪ Allergologische Anamnese ▪ Prick-Testung (mind. 10 Tests)	▪ Zuschlag auf P1 ▪ 1 x pro Quartal ▪ Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft	0,80 EUR

Z3 Belastungs- EKG-Zuschlag		Erbringung der Leistung „Be- lastungs-EKG“ analog Quali- fikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	folgenden Abrechnungs- quartal Voraussetzung: ▪ Vorlage einer verbindli- chen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifika- tion durch den Betreu- arzt oder eines Praxis- partners aus BAG/MVZ für die Erbringung der Leistung	0,80 EUR
Z4 Chirotherapie- Zuschlag		Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Quali- fikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		0,80 EUR
Z5 Doppler-Sono- graphischer Untersu- chungs-Zu- schlag		Erbringung der Leistung „Doppler-Sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität in Ruhe und nach Belastung“ analog Qualifikationsdefini- tion im EBM (vgl. Anhang 1)		0,80 EUR
Z6 Kleine Chirur- gie-Zuschlag		Erbringung der Leistung „kleine Chirurgie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		2,30 EUR
Z7 Langzeit-EKG- Zuschlag		Erbringung der Leistung „Aufzeichnung Langzeit- EKG“ analog Qualifikations- definition im EBM (vgl. An- hang 1)		0,80 EUR
Z8 Langzeit-RR- Zuschlag		Erbringung der Leistung „Langzeit-RR“ analog Quali- fikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		0,80 EUR
Z10 Psychosoma- tik-Zuschlag		Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		3,40 EUR
Z11 Prokto-Rekto- Zuschlag		Erbringung der Leistung „Proktoskopie/Rektoskopie“ analog Qualifikationsdefini- tion im EBM (vgl. Anhang 1)		0,80 EUR
Z12 Sonografie-Zu- schlag Abdo- men		Erbringung der Leistung „So- nografie Abdomen“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		3,40 EUR
Z 13 Sonografie-Zu- schlag Schild- drüse		Erbringung der Leistung „So- nografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefini- tion im EBM (vgl. Anhang 1)		0,80 EUR
Zuschläge auf P2B (für Versicherte mit dem Status „Altenteiler“)				
Z14		Erbringung von Betreuungs-	▪ Zuschlag auf P2B	20,00 EUR

Betreuungszuschlag geriatrischer Patient		leistungen bei Alterspatienten	1 x pro Quartal - Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal Voraussetzung: - gilt nur für Versicherte mit dem Status „Altenteiler“ - Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft seitens Betreuarzt oder eines Praxispartners bis spätestens 31.12.2014 über eine absolvierte Fortbildung „Hausärztlich geriatrisches Basisassessment“ (bereits erteilte Selbstauskünfte werden akzeptiert) - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
Einzelleistungen				
Unvorhergesehene Inanspruchnahme IN	01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01100, 01101 und 01102 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): zwischen 19:00 und 07:00 Uhr oder an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember	- Nicht am selben Tag mit ZP abrechenbar - Nicht während der Abendterminsprechstunde abrechenbar	30,00 EUR/Leistung
Dringender Besuch DB	1419	- 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 zur sog. Unzeit, d.h. Inanspruchnahme zwischen 19.00 und 7.00 Uhr - Akut angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, z. B. während Sprechstunde	- Nicht am selben Tag wie ZP abrechenbar - Nicht abrechenbar in Zeiten des durch die KV Bayerns organisierten Bereitschaftsdienstes. Maßgeblich sind die Zeiten nach § 9 Abs. 1 Bereitschaftsdienstordnung (aktuelle Fassung)	72,00 EUR/Leistung

		▪ Begleitung Krankentransport 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.		
Besuch BE	1410	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. 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)		32,00 EUR/ Leistung
Mitbesuch MB	1413	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)	▪ Max. 1x pro Tag ▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung MB abrechenbar.	12,00 EUR/ Leistung
Modul „Geriatric“				
Heimbesuch HB	1418	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.	▪ Max. 5x pro Quartal ▪ Max. 1x am Tag abrechenbar ▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung HB abrechenbar. ▪ Nicht am selben Tag wie BE und MB abrechenbar	20,00 EUR/ Leistung
Pflegeheimpau- schale	0008	Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Bewohnern in Alten-/ Pflegeheimen Koordination Facharztbehandlung inkl. entspr. Kommunikation	▪ Max. 1 x pro Quartal	25,00 EUR

		Kommunikation mit Angehörigen (ggf. Betreuern) und Pflegekräften Sicherstellung ausreichender Information für Vertretungsärzte oder Notfallbehandlungen	- ist je HZV-Versicherten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durch den HAUSARZT abrechenbar, sofern ein HAUSARZT-Patient-Kontakt in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen vorliegt. - Sofern die Adressangabe auf der eGK von der Adresse der Einrichtung abweicht, ist die Anschrift der jeweiligen Einrichtung ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren.	
Modul „Onkologie“				
Kontaktabhängige Grundpauschale für die hausärztliche Betreuung onkologisch erkrankter Patienten	0002	Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Patienten mit folgenden Merkmalen: - Gesicherte Erkrankung an einer Diagnose verschlüsselt nach dem Kapitel II ICD10-Katalog „Neubildungen“ ab dem Zeitpunkt der Diagnosesicherung für die ersten zwei nachfolgenden Kalenderjahre oder - während einer laufenden Chemotherapie oder - während einer laufenden Radiatio oder - bei Auftreten eines Rezidives der ursprünglichen Erkrankung oder - Auftreten einer Metastasierung	- Max. 1 x pro Quartal - Nicht abrechenbar neben Grundpauschale (0000) sowie Grundpauschale für Betreuung von Palliativpatienten (0001) - Die Betreuungspauschale P3 (BP) für chronisch Kranke (Mitglieder) ist daneben nicht abrechenbar Voraussetzung: - Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal - Wird nur dem Betreuungsarzt vergütet - Gesicherte Erkrankung an einer Diagnose verschlüsselt nach dem Kapitel II ICD10-Katalog „Neubildungen“ ab dem Zeitpunkt der Diagnosesicherung für die ersten zwei nachfolgenden Kalenderjahre	100,00 EUR

Gespräch (tel. oder persönlich) mit einem Mitbehandler in einem onkologischen Behandlungsfall	2010	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.	- Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: - Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt nach 0002 oder 0001 im Abrechnungsquartal - Wird nur dem Betreuarzt vergütet	10,00 EUR
Modul „Palliativ“				
Kontaktabhängige Grundpauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	0001	Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO: Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patienten mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw.-steigerung im finalen Krankheitsstadium	- Max. 1 x pro Quartal - Nicht abrechenbar neben Grundpauschale (0000) sowie Grundpauschale für Betreuung von Onkologiepatienten (0002) - Die Betreuungspauschale P3 (BP) für chronisch Kranke (Mitglieder) ist daneben nicht abrechenbar - Nicht abrechenbar, wenn der HZV-Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HZV-Patienten abrechnet - Voraussetzung: Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt Wird nur dem Betreuarzt vergütet	150,00 EUR
Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	1490	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten	- Wird nur dem Betreuarzt vergütet - Abrechenbar neben den Leistungen 1410, 1418 und 1419	20,00 EUR
Modul Prävention				
Gesundheitsuntersuchung	01732	für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal pro Kalenderjahr	Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HZV-Versicherten ab dem 36. Lebensjahr vergütet.	48,00 EUR/ Leistung

ohne Haut- krebsscreen- ning GU		▪ 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 durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt ▪ Ermittlung des individuellen Gesundheitsrisikos für KHK (z.B. Procam-Score) ▪ 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	▪ Am gleichen Tag wie HKS und VSO abrechenbar. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet	
---	--	---	--	--

		Beratung zur Inanspruchnahme Darmkrebsvorsorge bei familiären Vorerkrankungen bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung		
Hautkrebs-screening HKS	01745	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D.II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)	- Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HZV-Versicherten ab dem 36. Lebensjahr vergütet. - Am gleichen Tag wie GU und VSO abrechenbar. - Eine zusätzliche Abrechnung der ZP und VP (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.	25,00 EUR/Leistung
Sonographie Abdomen VSO	33042V	Erbringung der Leistung „Abdominelle Sonographie“ (gemäß Leistungsdefinition im EBM) in zeitlichem Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung	- Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HZV-Versicherten ab dem 36. Lebensjahr vergütet. - Sie ist in einem Zeitraum von 2 Wochen vor bis 2 Wochen (14 Kalendertage) nach Erbringung der GU abrechenbar. - Nicht am selben Tag wie VP und ZP abrechenbar	23,00 EUR/Leistung
Krebsfrüherkennungsuntersuchung KFM 01731	01731	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)	- Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HZV-Versicherten ab dem 45. Lebensjahr vergütet. - Nicht am selben Tag wie VP und ZP abrechenbar	17,00 EUR/Leistung
Stuhltest im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung	01737	Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebserkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung	Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HZV-Versichertem ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres vergütet.	6,00 EUR/Leistung

			▪ 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.	
Neugeborenen-Screening	01707	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-Screening analog Qualifikationsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA	▪ Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	14,22 EUR/Leistung
Neugeborenen-erst-untersuchung (U 1)	01711	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-erst-untersuchung analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	▪ Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	13,50 EUR/Leistung
Neugeborenen-basisuntersuchung (U 2)	01712	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-basisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	▪ Die Leistung wird einmalig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	43,00 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.	43,00 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.	43,00 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.	43,00 EUR/Leistung

Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)	01716	Erbringung der Leistung U 6 analog Qualifikationsdefini- tion im EBM 01716	Die Leistung wird einma- lig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitli- chen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	43,00 EUR/ Leistung
Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)	01717	Erbringung der Leistung U 7 analog Qualifikationsdefini- tion im EBM 01717	Die Leistung wird einma- lig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitli- chen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	43,00 EUR/ Leistung
Untersuchung 34. bis 36 LM (U 7a)	01723	Erbringung der U 7 a analog Qualifikationsdefinition im EBM 01723 und der Kinder- richtlinie des GBA (Neugebo- renen-Hörscreening)	Die Leistung wird einma- lig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitli- chen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	43,00 EUR/ Leistung
Untersuchung 43. bis 48 LM (U 8)	01718	Erbringung der Leistung U 8 analog Qualifikationsdefini- tion im EBM 01718	Die Leistung wird einma- lig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitli- chen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	43,00 EUR/ Leistung
Untersuchung 60. bis 64 LM (U 9)	01719	Erbringung der Leistung U 9 analog Qualifikationsdefini- tion im EBM 01719	Die Leistung wird einma- lig je HZV-Versicherten entsprechend den zeitli- chen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	43,00 EUR/ Leistung
Untersuchung 7. bis 8. Le- bensjahr (U 10)	1725	Erbringung der Leistung U 10 Erkennen und Behandlun- gs-einleitung von umschriebe- nen Entwicklungsstörungen - Schulleistungsstörungen wie z.B. Lese-Recht- schreibstörungen, Re- chenstörungen, - Störungen der motori- schen Entwicklung - Sozialisations- und Ver- haltensstörungen (z.B. ADHS)	Die Leistung wird einma- lig je HZV-Versicherten zwischen dem 7. bis 8. Lebensjahr vergütet.	43,00 EUR/ Leistung
Untersuchung 9. bis 10. Le- bensjahr (U 11)	1726	Erbringung der Leistung U 11 Erkennen und Behandlun- gs-einleitung von umschriebe- nen Entwicklungsstörungen: - Schulleistungsstörungen, Sozial- und Verhaltensstö- rungen - Zahn-, Mund- und Kiefer- anomalien	Die Leistung wird einma- lig je HZV-Versicherten zwischen dem 9. bis 10. Lebensjahr vergütet.	43,00 EUR / Leistung

		▪ Gesundheitsschädigendem Medienverhalten		
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 Kinder-RL vergütet.	43,00 EUR/Leistung
Jugendgesundheitsuntersuchung 17. bis 18. Lebensjahr (J 2)	1724	Erbringung der Leistung J2 Erkennen und Behandlungseinleitung von: ▪ Pubertäts- und Sexualitätsstörungen ▪ Haltungsstörungen ▪ 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.	43,00 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.	21,00 EUR/Leistung
Modul prä-/ poststationäres hausärztliches Behandlungsmanagement				
Prästationäre hausärztliche Betreuung PB 2	2002	▪ Überprüfung der Indikation zur stationären Einweisung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes (häusliches, familiäres, berufliches Umfeld) ▪ In Absprache mit dem Patienten Auswahl der geeigneten Klinik ▪ Zusammenstellung der wesentlichen Vorbefunde ▪ Mitgabe von Kopien der o. g. Befunde ▪ Fakultativ Arztbrief zur Mitgabe mit Angaben zur Anamnese inkl. bekannter Unverträglichkeiten und Allergien; bisherigen relevanten Diagnosen und Therapiemaßnahmen; aktuellen Medikation; hausärztlichen epikritischen Bewertung	▪ Max. 8x pro Quartal, sofern die Krankenhausbehandlung spätestens 14 Kalendertage nach Leistungserbringung erfolgt. ▪ Max. 1x pro Tag abrechenbar ▪ Nicht am selben Tag wie 2003 abrechenbar ▪ Abrechenbar auch bei teilstationären Behandlungen ▪ Bei Serienbehandlungen (z.B. Chemotherapie oder Strahlentherapie) ist die 2002 max. 1x pro Quartal abrechenbar.	12,00 EUR/Leistung

		▪ Ggf. Anmeldung des Versicherten zur Krankenhausaufnahme ▪ Ausstellung der Verordnung zur Krankenhauspflege		
Präoperative hausärztliche Betreuung einschließlich präoperativer Diagnostik PB 3	2003	▪ Ggf. Indikationsstellung für den Eingriff ▪ Ggf. Indikationsstellung zur Klärung ambulanter oder stationärer Eingriffe ▪ Ggf. Überprüfung der Indikation zur stationären Einweisung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes (häusliches, familiäres, berufliches Umfeld) ▪ Ggf. Aufklärung über die regionalen Möglichkeiten der fallbezogenen ambulanten Operation ▪ Ggf. Auswahl einer geeigneten Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten ▪ Begutachtung der OP-Fähigkeit mittels Ganzkörperstatus; EKG (12 Ableitungen) mit Auswertung; ▪ Fakultativ Lungenfunktion; ▪ Mitgabe von Kopien der relevanten Befunde ▪ Fakultativ Arztbrief zur Mitgabe mit Angaben zur Anamnese inkl. bekannter Unverträglichkeiten und Allergien; bisherigen relevanten Diagnosen und Therapiemaßnahmen; aktuellen Medikation; hausärztlichen epikritischen Bewertung ▪ Ggf. Anmeldung des Kranken zur Krankenhausaufnahme bzw. zur ambulanten Operation ▪ Ggf. stationäre Einweisung (Verordnung zur Krankenhausbehandlung) bzw. Überweisung zur ambulanten Operation	▪ Die Leistung ist vor jedem stationärem Aufenthalt, bei dem eine Operation vorgesehen ist und vor jedem geplanten ambulanten oder belegärztlichen Eingriff, ggf. auch mehrfach im Quartal, je eingeschriebenem HZV-Versicherten abrechenbar, sofern die Operation 14 Kalendertage nach der Leistungserbringung erfolgt. ▪ Max. 1x pro Tag abrechenbar. ▪ Nicht am gleichen Tag wie eine Vorsorgeuntersuchung U1-U11, J1, J2, GU abrechenbar ▪ Nicht am selben Tag wie 2002 abrechenbar.	50,00 EUR/Leistung

Poststationäre hausärztliche Betreuung PB 4	2004	▪ Bewertung des Entlassungsbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten ▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation sowie der Notwendigkeit und Kompatibilität mit einer vorbestehenden Medikation ▪ Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen ▪ Erläuterung des Entlassungsbriefes einschließlich der erhobenen Befunde ▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen ▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten ▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG)	▪ Die Leistung ist je eingeschriebenem HZV-Versicherten nach jedem stationären Aufenthalt sowie nach einer stationären Anschlussheilbehandlung ggf. auch mehrfach im Quartal abrechenbar, sofern der Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung erfolgt ist. ▪ Max. 1x pro Tag abrechenbar ▪ Nicht am selben Tag wie 2005 abrechenbar ▪ Die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten / stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar. ▪ Abrechenbar auch bei teilstationären Behandlungen ▪ Bei Serienbehandlungen (z.B. Chemotherapie oder Strahlentherapie) ist die 2004 max. 1x pro Quartal abrechenbar.	15,00 EUR/ Leistung
Postoperative hausärztliche Betreuung PB 5	2005	Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation ▪ Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten ▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation	Die Leistung ist abrechenbar nach jedem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde oder nach einer 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 am-	30,00 EUR/ Leistung

		▪ Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen ▪ Erläuterung des Arztbriefes einschließlich der erhobenen Befunde ▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen ▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten ▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen ▪ Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG) ▪ Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen	bulant durchgeführten Operation bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung erfolgt ist. ▪ Max. 1x pro durchgeführter Operation abrechenbar. ▪ Nicht am selben Tag wie 2004 abrechenbar. ▪ Die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten / stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar.	
IV Sonstiges				
Wegepauschale (Zone A) WP A	4401	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone von bis zu 5 km ab Praxissitz	▪ Nur abrechenbar, wenn für den HZV-Versicherten am selben Tag auch DB oder BE abgerechnet werden. ▪ Nicht am selben Tag wie HB und WP B, WP C und WP D abrechenbar.	10,00 EUR / Leistung
Wegepauschale (Zone B) WP B	4402	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz.	▪ Nur abrechenbar, wenn für den HZV-Versicherten am selben Tag auch DB oder BE abgerechnet werden. ▪ Nicht am selben Tag wie HB und WP A, WP C und WP D abrechenbar.	15,00 EUR / Leistung
Wegepauschale (Zone C) WP C	4403	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km bis 15 km ab Praxissitz	▪ Nur abrechenbar, wenn für den HZV-Versicherten am selben Tag auch DB oder BE abgerechnet werden. ▪ Nicht am selben Tag wie HB	20,00 EUR / Leistung

			und WP A, WP B und WP D abrechenbar.	
Wegepauschale (Zone D) WP D	4404	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 15,1 km ab Praxissitz	- Nur abrechenbar, wenn für den HZV-Versicherten am selben Tag auch DB oder BE abgerechnet werden. - Nicht am selben Tag wie HB und WP A, WP B und WP C abrechenbar.	25,00 EUR / Leistung
Impfen		Siehe Regelungen § 3 Ziffer VI. Impfleistungen		
VERAH-Zuschlag auf P2 B und P3		Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) Impfleistungen	- Zuschlag auf jede vergütete P2 B und P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr). - Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden im Anhang 2 zu dieser Anlage 3 geregelt. Voraussetzung: - Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH. - Wird nur dem Betreuarzt vergütet. - Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, das auf den Nachweis der VERAH gem. Anhang 2 dieser Anlage 3 folgt.	5,00 EUR
Zuschlag VERAHmobil		Versorgung von HZV-Versicherten durch eine VERAH und dem Einsatz eines speziellen Fahrzeuges gem. der Definition in Anhang 3 zu Anlage 3 des HZV-Vertrages.	- Der Zuschlag ist abhängig von der Zuschlagsberechtigung seitens der Vertragspartner. Näheres hierzu regelt der Anhang 3 zu dieser Anlage 3. - Der Zuschlag wird einmal pro Abrechnungsquartal vergütet. Grundlage für die Vergütung ist das unterschriebene Meldeformular zur Beantragung des Zuschlages, die Meldung einer angestellten VERAH in der Hausarztpraxis sowie, nachgelagert, ein vorliegender Leasingvertrag. - Der Zuschlag wird automatisch erzeugt. Grundlage	450 € / Quartal

			hierfür ist das in dem Anhang 4 aufgeführte Meldeformular, welches vom HAUSARZT an den BH�V übermittelt wird. Der Zuschlag kann einmalig pro VERAH, pro Arzt und pro BSNR (einschließlich zugehörigen NBSNR) gewährt werden.	
Definition		Beschreibung		
Betreuarzt		Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.		
Vertreterarzt		Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß � 3 Abs. 5 lit. d) HfV-Vertrag benannter HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HfV-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 HfV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HfV teilnimmt.		
Versichertenteilnahmejahr		Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem ersten Tag des Quartals, an dem der Versicherte als HfV-Versicherter im Sinne des HfV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HfV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an den BH�V). 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-� rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von - 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).		

  2 **Laufzeit**

Die Vergütungsregelungen gemäß den     1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 30. Juni 2024 (  10 Abs. 5 des HfV-Vertrages). Die Laufzeit verlängert sich automatisch um 12 Monate, wenn keine neuen Vergütungsregelungen vereinbart werden.

  3 **Allgemeine Vergütungsbestimmungen**

I. HfV-Ziffernkranz (Anhang 1 zu dieser Anlage 3)

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie weiterer Betreuungspauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „**HfV-Ziffernkranzes**“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Honoraranlage nach   2 werden Leistungserg  nzungen bzw. -kürzungen gemäß   135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HfV-Ziffernkranz, soweit die SVLFG und der BH  V keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns abgerechnet. Folgeanpassungen des HfV-Ziffernkranzes, die aufgrund einer Entscheidung gemäß   135 SGB V notwendig werden, stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

II. 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 und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe   3 Abs. 6 lit. a) des HfV-Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

III. Abrechnung des Betreuarztes für die HfV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

- (1) Der HAUSARZT rechnet für die HfV-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 HfV-Vertrages sind, abgedeckt.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die eingeschriebenen HfV-Versicherten, alle Leistungen des HfV-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses HfV-Vertrages zu erbringen, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem HfV-Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erfolgen.
- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HfV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex)  ber die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns abgerechnet werden.

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

- (1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die HzV-Vergütung abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung des HAUSARZTES im Sinne des § 11a HzV-Vertrag.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang. So sind insbesondere bei Kleinkindern die Entwicklungsdiagnostik, die altersgemäßen Vorsorgeuntersuchungen oder Impfleistungen vom HAUSARZT gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.

VI. Impfleistungen

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der SVLFG und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der SVLFG und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (3) 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 SVLFG 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 SVLFG vereinbart ist oder eine eigenständige Vereinbarung für den HzV-Vertrag geschlossen ist.
- (4) Die Dokumentation der Impfleistung wird analog den EBM-Ziffern durchgeführt. Einzelheiten sind dem Anhang 1 dieser Anlage 3 zu entnehmen.

§ 4 SVLFG

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 von dem BHÄV hierzu beauftragte Rechenzentrum ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum GmbH
Edmund-Rumpler-Str. 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 5756 1110

Das Rechenzentrum betreffende Änderungen teilt der BHÄV der SVLFG und dem HAUSARZT spätestens 1 Monat vor dem Beginn eines Abrechnungsquartals schriftlich mit.

- (2) Der BHÄV versendet an den HAUSARZT jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner H_zV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (H_zV-Versichertenverzeichnis). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten H_zV-Versicherten können im folgenden Abrechnungsquartal als H_zV-Versicherte abgerechnet werden.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt dem BHÄV seine Abrechnung der H_zV-Vergütung („**H_zV-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) („**H_zV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der H_zV-Abrechnung bei dem von dem BHÄV beauftragten Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der BHÄV berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der SVLFG (vgl. § 5 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Der BHÄV prüft die H_zV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 6 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Abs. 4 geprüften H_zV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der BHÄV die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der SVLFG überprüft der BHÄV 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 § 6 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Nach Erhalt der Zahlung von der SVLFG übersendet der BHÄV dem HAUSARZT einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete H_zV-Vergütung und die Verwaltungskostenpauschale. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt ebenso zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises dem BHÄV unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der SVLFG hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der BHÄV im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der SVLFG bemühen. Der BHÄV ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstan-

dungen 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 § 6 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

§ 5

Abrechnung der HV-Vergütung gegenüber der SVLFG

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der BHÄV eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Der BHÄV bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295a Abs.2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden HAUSÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge der von ihr für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HV-Vertrages aus.
- (2) Die SVLFG hat eine Prüf- und Zahlungsfrist von 19 Kalendertagen, innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 dieser **Anlage 3** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft („**SVLFG-Prüf- und Zahlungsfrist**“). Ist die SVLFG der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der SVLFG-Prüffrist dem BHÄV schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
 - a) Erfolgt innerhalb der SVLFG-Prüf- und Zahlungsfrist nach Abs. 2 keine Abrechnungsrüge, ist die SVLFG verpflichtet, den Rechnungsbetrag nach Eingang der vollständigen Rechnung bei der SVLFG innerhalb der oben genannten Frist per Datenträger-Eilzahlung an den BHÄV auszuzahlen. Kommt die SVLFG mit der Auszahlung in Verzug, ist sie verpflichtet, den ausstehenden Rechnungsbetrag mit 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen.
 - b) Erfolgt innerhalb der SVLFG-Prüf- und Zahlungsfrist eine Abrechnungsrüge, ist die SVLFG, hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), gemäß Abs. 2 zur Zahlung verpflichtet. § 11a des HV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
- (3) Die SVLFG hat die Zahlung auf das schriftlich vom BHÄV benannte Konto der HÄVG („**Rechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der BHÄV spätestens 10 Tage vor ihrer Wirksamkeit der SVLFG schriftlich mitteilen.
- (4) Die SVLFG leistet als Bestandteil der HV-Vergütung drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 15,00 EUR pro bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HV-Versicherten. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal: am 1. Februar, 1. März, 1. April; für das 2. Quartal: am 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.).
- (5) Die SVLFG kann gegenüber dem HAUSARZT binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei Berichtigungen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung auf rechnerische und sachliche Richtigkeit ergeben, geltend machen.

- (6) Beanstandungen des HAUSARZTES im Hinblick auf den Abrechnungsnachweis wird der BHÄV mit der SVLFG außergerichtlich klären.

§ 6

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der BHÄV und die SVLFG prüfen die H_zV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 11 bis 14 des H_zV-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 H_zV;
 - b) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - c) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer II. dieser **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang des vom Hausarzt an den BHÄV zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HAUSARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 11a des H_zV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 9 (Prüfwesen im Sinne von § 73b Abs. 5 Satz 5 SGB V)** erfolgen.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 7

Auszahlung der H_zV-Vergütung durch den BHÄV

- (1) Der BHÄV ist berechtigt und verpflichtet, die H_zV-Vergütung von der SVLFG entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der BHÄV prüft den Betrag der von der SVLFG erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 5 dieser **Anlage 3**.
- (2) Der BHÄV ist berechtigt und verpflichtet, die von der SVLFG erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 12 des H_zV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 14 des H_zV-Vertrages bleibt unberührt. Der BHÄV ist

verpflichtet, Zahlungen der SVLFG in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief an die HAUSÄRZTE weiterzuleiten.

- (3) Die Krankenkasse zahlt die H_zV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die HÄVG. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach §§ 11a des H_zV-Vertrages.

§ 8

Eventuelle Vergütungsanpassung

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der finanzielle Rahmen von 75,00 EUR („**Grenzwert**“), also die durchschnittliche direkte Vergütung der HAUSÄRZTE pro eingeschriebenem Versicherten und Quartal (Mitglieder), für die Leistungen aus diesem H_zV-Vertrag nicht überschritten werden soll. Für Altenteiler beträgt der Grenzwert 100,00 EUR. Die Leistungen „Unvorhergesehene Inanspruchnahme“ (01100), „Dringender Besuch“ (1419), die Leistungen der Module „Palliativ“ (0001, 1490) und „Onkologie“ (0002, 2010), der Zuschlag Geriatrie und die Pflegeheimpauschale, Zuschlag VERAHmobil, sowie alle Einzelleistungen des Moduls Prävention, Gerinnungsmanagement und Impfungen werden außerhalb des Grenzwerts vergütet. Stellen die Vertragspartner nach Eingang einer Quartalsabrechnung fest, dass der Grenzwert überschritten worden ist, werden die Vertragspartner eine Regelung zur Anpassung der Vergütung vereinbaren, so dass der Grenzwert nicht überschritten wird.

§ 9

Anhänge

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

Anhang 1 zu Anlage 3: Leistungsbeschreibung gemäß H_zV-Ziffernkranz,

Anhang 2 zu Anlage 3: VERAH-Zuschlag,

Anhang 3 zu Anlage 3: VERAHmobil