

**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 („**HzV-Leistungen**“) folgende HzV-Vergütung:

Leistung / Bezeichnung	vorbehaltlich der EDV-Vorgaben geplante Abr.-Pos. im AIS	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<b>I Pauschalen</b>				
<b>P1</b> <b>Kontaktunabhängige Strukturpauschale (SP)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Quartal</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>6,00 EUR</b>
<b>P2 A</b> <b>Kontaktabhängige Grundpauschale (GP)</b> <b>(Mitglied)</b>	0000	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1</b> („HzV-Ziffernkranz“) zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</li> <li>▪ Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 5 und 6 des HzV-Vertrages</li> <li>▪ Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen der SVLFG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Nur für Versicherte mit dem Status „Mitglied“</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>40,00 EUR</b>

<p><b>P2 B</b> <b>Kontaktabhängige Grundpauschale (GP)</b>  (Altenteiler)</p>	<p>0000</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß <b>Anhang 1 (HzV-Ziffernkranz“)</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</li> <li>▪ Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 5 und 6 des HzV-Vertrages</li> <li>▪ Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen der SVLFG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Nur für Versicherte mit dem Status „Altenteiler“</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<p><b>75,00 EUR</b></p>
<p><b>P3</b> <b>Zuschlag für chronisch kranke Patienten (Betreuungspauschale BP)</b>  (Mitglied)</p>	<p>0003</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung von chronisch kranken Patienten</li> </ul> <p>Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser <b>Anlage 3</b> 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur für chronisch kranke Patienten gemäß Definition des G-BA mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Nur für Versicherte mit dem Status „Mitglied“</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<p><b>27,00 EUR</b></p>
<p><b>VP</b> <b>Kontaktabhängige Vertreterpauschale</b></p>	<p>0004</p>	<p>Hausärztliche Versorgung des Patienten durch einen Vertreterarzt gemäß <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 2 x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 1 x pro Tag abrechenbar</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie ZP abrechenbar</li> <li>▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>	<p><b>20,00 EUR</b></p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Vertreterarzt vergütet</li> </ul>	
<b>ZP Zielauftrags- pauschale</b>	0005	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der VP abrechenbar</li> <li>▪ Auf die ZP entfallen keinerlei Zuschläge</li> <li>▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>	<b>20,00 EUR</b>
<b>KP Kleinkindpau- schale</b>	0006	<p>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:</p> <p>Besonders zeitintensive und fachlich anspruchsvolle Behandlung mit erhöhter Kontakthäufigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1x pro Quartal je HzV-Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr</li> <li>▪ Die KP ist nicht neben der BP (P3) abrechenbar.</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HzV-Versicherten im Abrechnungsquartal auch die GP (P2A) abgerechnet wird.</li> </ul>	<b>17,50 EUR</b>
<b>Modul Gerinnungsmanagement</b>				
<b>Kontaktabhän- giger Zuschlag auf die Grund- pauschale für den Mehrauf- wand bei Betreuung von Patienten mit Vitamin-K-An- tagonisten</b>	0007	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelmäßige Überwachung des INR inkl. ggf. erforderlicher Dosisanpassungen der OAK.</li> <li>▪ Führen des Therapiepasses</li> <li>▪ Aufklärung des Patienten über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen</li> <li>▪ Ernährungsberatung (Vitamin K),</li> <li>▪ Ggf. Koordination und Durchführen der Umstellungsmassnahmen „Bridging“ im Rahmen von operativen oder sonstigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gilt nur bei OAK vom Typ der Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon, Warfarin)</li> <li>▪ Nicht abrechenbar bei der Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung durch den Patienten</li> <li>▪ Nicht abrechenbar wenn eine dauerhafte Umstellung auf DOAK/NOAK erfolgt</li> </ul>	<b>34,00 EUR</b>

		Eingriffen, die eine zeitweise Unterbrechung der Einnahme der OAK erfordern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	
<b>Zuschläge auf P1</b>				
<b>Z2 Allergologie-Zuschlag</b>		Hausärztlich-allergologische Basisdiagnostik: <ul style="list-style-type: none"> <li>Allergologische Anamnese</li> <li>Prick-Testung (mind. 10 Tests)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zuschlag auf P1</li> <li>1 x pro Quartal</li> <li>Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal</li> </ul>	<b>0,80 EUR</b>
<b>Z3 Belastungs-EKG-Zuschlag</b>		Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )	<b>Voraussetzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft über die entsprechende Ausstattung der Praxis und Besitz der Qualifikation durch den Betreuarzt oder eines Praxispartners aus BAG/MVZ für die Erbringung der Leistung</li> </ul>	<b>0,80 EUR</b>
<b>Z4 Chirotherapie-Zuschlag</b>		Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>0,80 EUR</b>
<b>Z5 Doppler-Sonographischer Untersuchungs-Zuschlag</b>		Erbringung der Leistung „Doppler-Sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität in Ruhe und nach Belastung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>0,80 EUR</b>
<b>Z6 Kleine Chirurgie-Zuschlag</b>		Erbringung der Leistung „kleine Chirurgie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>2,30 EUR</b>
<b>Z7 Langzeit-EKG-Zuschlag</b>		Erbringung der Leistung „Aufzeichnung Langzeit-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>0,80 EUR</b>
<b>Z8 Langzeit-RR-Zuschlag</b>		Erbringung der Leistung „Langzeit-RR“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>0,80 EUR</b>
<b>Z10 Psychosomatik-Zuschlag</b>		Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>3,40 EUR</b>

<b>Z11 Prokto-Rekto- Zuschlag</b>		Erbringung der Leistung „Proktoskopie/Rektoskopie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>0,80 EUR</b>
<b>Z12 Sonografie-Zu- schlag Abdo- men</b>		Erbringung der Leistung „Sonografie Abdomen“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>3,40 EUR</b>
<b>Z 13 Sonografie-Zu- schlag Schild- drüse</b>		Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. <b>Anhang 1</b> )		<b>0,80 EUR</b>
<b>Zuschläge auf P2B (für Versicherte mit dem Status „Altenteiler“)</b>				
<b>Z14 Betreuungszu- schlag geriatri- scher Patient</b>		Erbringung von Betreuungsleistungen bei Alterspatienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf P2B</li> <li>▪ 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gilt nur für Versicherte mit dem Status „Altenteiler“</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>20,00 EUR</b>
<b>Einzelleistungen</b>				
<b>Unvorhergese- hene Inan- spruchnahme IN</b>	01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01100, 01101 und 01102 gemäß EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> ):	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag mit ZP abrechenbar</li> <li>▪ Nicht während der Abendterminsprechstunde abrechenbar</li> </ul>	<b>30,00 EUR/ Leistung</b>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwischen 19:00 und 07:00 Uhr oder</li> <li>an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember</li> </ul>		
<b>Dringender Besuch DB</b>	1419	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Akut angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, z. B. während Sprechstunde</li> <li>▪ Begleitung Krankentransport</li> </ul> <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"> <li>▪ Nicht am selben Tag wie ZP abrechenbar</li> <li>▪ Nicht abrechenbar in Zeiten des durch die KV Bayerns organisierten Bereitschaftsdienstes. Maßgeblich sind die Zeiten nach § 9 Abs. 1 Bereitschaftsdienstordnung (aktuelle Fassung)</li> </ul>	<b>72,00 EUR/Leistung</b>
<b>Besuch BE</b>	1410	<p>Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben.</p> <p>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>		<b>32,00 EUR/Leistung</b>
<b>Mitbesuch MB</b>	1413	<p>Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1x pro Tag</li> <li>▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung MB abrechenbar.</li> </ul>	<b>12,00 EUR/Leistung</b>

Modul „Geriatric“				
<b>Heimbesuch HB</b>	1418	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 5x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 1x am Tag abrechenbar</li> <li>▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung HB abrechenbar.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie BE und MB abrechenbar</li> </ul>	<b>20,00 EUR/ Leistung</b>
<b>Pflegeheimpauschale</b>	0008	<p>Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Bewohnern in Alten-/ Pflegeheimen</p> <p>Koordination Facharztbehandlung inkl. entspr. Kommunikation</p> <p>Kommunikation mit Angehörigen (ggf. Betreuern) und Pflegekräften</p> <p>Sicherstellung ausreichender Information für Vertretungsärzte oder Notfallbehandlungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Sofern die Adressangabe auf der eGK von der Adresse der Einrichtung abweicht, ist die Anschrift der jeweiligen Einrichtung ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren.</li> </ul>	<b>25,00 EUR</b>
Modul „Onkologie“				
<b>Kontaktabhängige Grundpauschale für die hausärztliche Betreuung onkologisch erkrankter Patienten</b>	0002	<p>Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Patienten mit folgenden Merkmalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben Grundpauschale (0000) sowie Grundpauschale für Betreuung von Palliativpatienten (0001)</li> <li>▪ Die Betreuungspauschale P3 (BP) für chronisch Kranke (Mitglieder) ist daneben nicht abrechenbar</li> </ul>	<b>100,00 EUR</b>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ während einer laufenden Chemotherapie oder</li> <li>▪ während einer laufenden Radiatio oder</li> <li>▪ bei Auftreten eines Rezidives der ursprünglichen Erkrankung oder</li> <li>▪ Auftreten einer Metastasierung</li> </ul>	<p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreu- arzt vergütet</li> <li>▪ Gesicherte Erkrankung an einer Diagnose verschlüsselt nach dem Kapitel II ICD10-Katalog „Neubildungen“ ab dem Zeitpunkt der Diagnosesicherung für die ersten zwei nachfolgenden Kalenderjahre</li> </ul>	
<b>Gespräch (tel. oder persönlich) mit einem Mitbehandler in einem onkologischen Behandlungsfall</b>	2010	<p>Hausärztliches Gespräch mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dem/ den mitbehandelnden onkologisch verantwortlichen niedergelassenen Arzt/ Ärzten oder</li> <li>▪ dem/ den mitbehandelnden Onkologen oder</li> <li>▪ dem/den mitbehandelnden Strahlentherapeuten oder</li> <li>▪ einem Krankenhausarzt bei stationärer Behandlung des onkologisch Erkrankten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt nach 0002 oder 0001 im Abrechnungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreu- arzt vergütet</li> </ul>	<b>10,00 EUR</b>
<b>Modul „Palliativ“</b>				
<b>Kontaktabhängige Grundpauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</b>	0001	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO:</p> <p>Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben Grundpauschale (0000) sowie Grundpauschale für Betreuung von Onkologiepatienten (0002)</li> <li>▪ Die Betreuungspauschale P3 (BP) für chronisch Kranke (Mitglieder) ist daneben nicht abrechenbar</li> <li>▪ Nicht abrechenbar, wenn der HzV-Betreu- arzt Leistungen der</li> </ul>	<b>150,00 EUR</b>

		Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw.-steigerung im finalen Krankheitsstadium	<p>SAPV für den HzV-Patienten abrechnet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voraussetzung: Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt</li> <li>Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	
<b>Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten</b>	1490	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Abrechenbar neben den Leistungen 1410, 1418 und 1419</li> </ul>	<b>20,00 EUR</b>
<b>Modul Prävention</b>				
<b>Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening GU</b>	01732	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal pro Kalenderjahr</li> <li>▪ Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes</li> <li>▪ Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation</li> <li>▪ Ggf. Umstellung der Medikation auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen</li> <li>▪ Überprüfung des Impfstatus einschl. der Organisation der Durchführung von fehlenden Impfungen</li> <li>▪ Ganzkörperstatus einschl. Dokumentation</li> <li>▪ Laboruntersuchung zur Ermittlung des Risikos für Diabetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure)</li> <li>▪ Urinuntersuchung mittels Streifentest</li> <li>▪ Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Ab-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HzV-Versicherten ab dem 36. Lebensjahr vergütet.</li> <li>▪ Am gleichen Tag wie HKS und VSO abrechenbar.</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>48,00 EUR/Leistung</b>

		<p>schnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung ab dem Alter von 50 Jahren, sofern der HzV-Versicherte durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ermittlung des individuellen Gesundheitsrisikos für KHK (z.B. Procam-Score)</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Beratung zur Inanspruchnahme Darmkrebsvorsorge bei familiären Vorerkrankungen bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</li> </ul>		
<b>Hautkrebs-screening HKS</b>	01745	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D.II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HzV-Versicherten ab dem 36. Lebensjahr vergütet.</li> <li>▪ Am gleichen Tag wie GU und VSO abrechenbar.</li> <li>▪ Eine zusätzliche Abrechnung der ZP und VP (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.</li> </ul>	<b>25,00 EUR/Leistung</b>
<b>Sonographie Abdomen VSO</b>	33042V	<p>Erbringung der Leistung „Abdominelle Sonographie“ (gemäß Leistungsdefinition im EBM) in zeitlichem Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HzV-Versicherten ab dem 36. Lebensjahr vergütet.</li> <li>▪ Sie ist in einem Zeitraum von 2 Wochen vor bis 2 Wochen (14 Kalendertage) nach Erbringung der GU abrechenbar.</li> </ul>	<b>23,00 EUR/Leistung</b>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag wie VP und ZP abrechenbar</li> </ul>	
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung KFM 01731</b>	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. <b>Anhang 1</b> zu dieser <b>Anlage 3</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HzV-Versicherten ab dem 45. Lebensjahr vergütet.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie VP und ZP abrechenbar</li> </ul>	<b>17,00 EUR/Leistung</b>
<b>Stuhltest im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung</b>	01737	Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebserkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HzV-Versichertem ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres vergütet.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</li> <li>▪ Nicht im selben Kalenderjahr abrechenbar, in dem die Gesundheitsuntersuchung 01732 abgerechnet wird.</li> </ul>	<b>6,00 EUR/Leistung</b>
<b>Neugeborenen-Screening</b>	01707	Erbringung der Leistung „Neugeborenenenscreening analog Qualifikationsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>14,22 EUR/Leistung</b>
<b>Neugeborenen-erst-untersuchung (U 1)</b>	01711	Erbringung der Leistung „Neugeborenenenerstuntersuchung analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>13,50 EUR/Leistung</b>

<b>Neugeborenenbasisuntersuchung (U 2)</b>	01712	Erbringung der Leistung „Neugeborenenbasisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 4. bis 6. Lebenswoche (U 3)</b>	01713	Erbringung der Leistung U 3 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01713	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 3. bis 4. Lebensmonat (LM) (U 4)</b>	01714	Erbringung der Leistung U 4 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01714	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)</b>	01715	Erbringung der Leistung U 5 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01715	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)</b>	01716	Erbringung der Leistung U 6 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01716	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)</b>	01717	Erbringung der Leistung U 7 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01717	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 34. bis 36 LM (U 7a)</b>	01723	Erbringung der U 7 a analog Qualifikationsdefinition im EBM 01723 und der Kinderrichtlinie des GBA (Neugeborenen-Hörscreening)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 43. bis 48 LM (U 8)</b>	01718	Erbringung der Leistung U 8 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01718	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 60. bis 64 LM (U 9)</b>	01719	Erbringung der Leistung U 9 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01719	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>43,00 EUR/Leistung</b>

<p><b>Untersuchung 7. bis 8. Lebensjahr (U 10)</b></p>	<p>1725</p>	<p>Erbringung der Leistung U 10 Erkennen und Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulleistungsstörungen wie z.B. Lese-Recht-schreibstörungen, Rechenstörungen,</li> <li>▪ Störungen der motorischen Entwicklung</li> <li>▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen (z.B. ADHS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 7. bis 8. Lebensjahr vergütet.</li> </ul>	<p><b>43,00 EUR/ Leistung</b></p>
<p><b>Untersuchung 9. bis 10. Lebensjahr (U 11)</b></p>	<p>1726</p>	<p>Erbringung der Leistung U 11 Erkennen und Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulleistungsstörungen, Sozial- und Verhaltensstörungen</li> <li>▪ Zahn-, Mund- und Kieferanomalien</li> <li>▪ Gesundheitsschädigendem Medienverhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 9. bis 10. Lebensjahr vergütet.</li> </ul>	<p><b>43,00 EUR / Leistung</b></p>
<p><b>Jugendgesundheitsuntersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)</b></p>	<p>01720</p>	<p>Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<p><b>43,00 EUR/ Leistung</b></p>
<p><b>Jugendgesundheitsuntersuchung 17. bis 18. Lebensjahr (J 2)</b></p>	<p>1724</p>	<p>Erbringung der Leistung J2 Erkennen und Behandlungseinleitung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pubertäts- und Sexualitätsstörungen</li> <li>▪ Haltungsstörungen</li> <li>▪ Kropfbildung</li> <li>▪ Diabetes-Vorsorge</li> <li>▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen</li> </ul> <p>Begleitende Beratung bei der Berufswahl.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr vergütet.</li> </ul>	<p><b>43,00 EUR/ Leistung</b></p>

<b>Besuch i. R. d. Kinderfrüherkennung BS</b>	01721	Erbringung der Leistung „Besuch i. R. der Kinderfrüherkennung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01721	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.</li> </ul>	<b>21,00 EUR/Leistung</b>
<b>Modul prä-/ poststationäres hausärztliches Behandlungsmanagement</b>				
<b>Prästationäre hausärztliche Betreuung PB 2</b>	2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überprüfung der Indikation zur stationären Einweisung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes (häusliches, familiäres, berufliches Umfeld)</li> <li>▪ In Absprache mit dem Patienten Auswahl der geeigneten Klinik</li> <li>▪ Zusammenstellung der wesentlichen Vorbefunde</li> <li>▪ Mitgabe von Kopien der o. g. Befunde</li> <li>▪ Fakultativ Arztbrief zur Mitgabe mit Angaben zur Anamnese inkl. bekannter Unverträglichkeiten und Allergien; bisherigen relevanten Diagnosen und Therapiemaßnahmen; aktuellen Medikation; hausärztlichen epikritischen Bewertung</li> <li>▪ Ggf. Anmeldung des Versicherten zur Krankenhausaufnahme</li> <li>▪ Ausstellung der Verordnung zur Krankenhauspflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 8x pro Quartal, sofern die Krankenhausbehandlung spätestens 14 Kalendertage nach Leistungserbringung erfolgt.</li> <li>▪ Max. 1x pro Tag abrechenbar</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie 2003 abrechenbar</li> <li>▪ Abrechenbar auch bei teilstationären Behandlungen</li> <li>▪ Bei Serienbehandlungen (z.B. Chemotherapie oder Strahlentherapie) ist die 2002 max. 1x pro Quartal abrechenbar.</li> </ul>	<b>12,00 EUR/Leistung</b>
<b>Präoperative hausärztliche Betreuung einschließlich präoperativer Diagnostik PB 3</b>	2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ggf. Indikationsstellung für den Eingriff</li> <li>▪ Ggf. Indikationsstellung zur Klärung ambulanter oder stationärer Eingriffe</li> <li>▪ Ggf. Überprüfung der Indikation zur stationären Einweisung unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes (häusliches, familiäres, berufliches Umfeld)</li> <li>▪ Ggf. Aufklärung über die regionalen Möglichkeiten der fallbezogenen ambulanten Operation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Max. 1x pro Tag abrechenbar.</li> </ul>	<b>50,00 EUR/Leistung</b>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ggf. Auswahl einer geeigneten Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten</li> <li>▪ Begutachtung der OP-Fähigkeit mittels Ganzkörperstatus; EKG (12 Ableitungen) mit Auswertung;</li> <li>▪ Fakultativ Lungenfunktion;</li> <li>▪ Mitgabe von Kopien der relevanten Befunde</li> <li>▪ Fakultativ Arztbrief zur Mitgabe mit Angaben zur Anamnese inkl. bekannter Unverträglichkeiten und Allergien; bisherigen relevanten Diagnosen und Therapiemaßnahmen; aktuellen Medikation; hausärztlichen epikritischen Bewertung</li> <li>▪ Ggf. Anmeldung des Kranken zur Krankenhausaufnahme bzw. zur ambulanten Operation</li> <li>▪ Ggf. stationäre Einweisung (Verordnung zur Krankenhausbehandlung) bzw. Überweisung zur ambulanten Operation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am gleichen Tag wie eine Vorsorgeuntersuchung U1-U11, J1, J2, GU abrechenbar</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie 2002 abrechenbar.</li> </ul>	
<p><b>Poststationäre hausärztliche Betreuung PB 4</b></p>	2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung des Entlassungsbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten</li> <li>▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation sowie der Notwendigkeit und Kompatibilität mit einer vorbestehenden Medikation</li> <li>▪ Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen</li> <li>▪ Erläuterung des Entlassungsbriefes einschließlich der erhobenen Befunde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Max. 1x pro Tag abrechenbar</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie 2005 abrechenbar</li> </ul>	<p><b>15,00 EUR/ Leistung</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen</li> <li>▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten</li> <li>▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen</li> </ul> <p>Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten / stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar.</li> <li>▪ Abrechenbar auch bei teilstationären Behandlungen</li> <li>▪ Bei Serienbehandlungen (z.B. Chemotherapie oder Strahlentherapie) ist die 2004 max. 1x pro Quartal abrechenbar.</li> </ul>	
<p><b>Postoperative hausärztliche Betreuung PB 5</b></p>	2005	<p>Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten</li> <li>▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation</li> <li>▪ Umsetzung der Pharmakotherapie auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen</li> <li>▪ Erläuterung des Arztbriefes einschließlich der erhobenen Befunde</li> <li>▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen</li> <li>▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten</li> <li>▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen</li> </ul>	<p>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 ambulant durchgeführten Operation bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung erfolgt ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1x pro durchgeführter Operation abrechenbar.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie 2004 abrechenbar.</li> <li>▪ Die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten / stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar.</li> </ul>	<p><b>30,00 EUR/ Leistung</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG)</li> <li>▪ Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen</li> </ul>		
<b>IV Sonstiges</b>				
<b>Wegepauschale (Zone A) WP A</b>	4401	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone von bis zu 5 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HzV-Versicherten am selben Tag auch DB oder BE abgerechnet werden.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie HB und WP B, WP C und WP D abrechenbar.</li> </ul>	<b>10,00 EUR / Leistung</b>
<b>Wegepauschale (Zone B) WP B</b>	4402	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HzV-Versicherten am selben Tag auch DB oder BE abgerechnet werden.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie HB und WP A, WP C und WP D abrechenbar.</li> </ul>	<b>15,00 EUR / Leistung</b>
<b>Wegepauschale (Zone C) WP C</b>	4403	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km bis 15 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HzV-Versicherten am selben Tag auch DB oder BE abgerechnet werden.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie HB und WP A, WP B und WP D abrechenbar.</li> </ul>	<b>20,00 EUR / Leistung</b>
<b>Wegepauschale (Zone D) WP D</b>	4404	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 15,1 km ab Praxissitz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar, wenn für den HzV-Versicherten am selben Tag auch DB oder BE abgerechnet werden.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie HB und WP A, WP B und WP C abrechenbar.</li> </ul>	<b>25,00 EUR / Leistung</b>
<b>Impfen</b>		Siehe Regelungen § 3 Ziffer VI. Impfleistungen		

<p><b>VERAH-Zuschlag auf P2 B und P3</b></p>		<p>Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) Impfleistungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 B und P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr).</li> <li>▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden im Anhang 2 zu dieser Anlage 3 geregelt.</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuers verfügt über die Qualifikation VERAH.</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuer vergütet.</li> <li>▪ Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, das auf den Nachweis der VERAH gem. Anhang 2 dieser Anlage 3 folgt.</li> </ul>	<p><b>5,00 EUR</b></p>
<p><b>Zuschlag VERAHmobil</b></p>		<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Zuschlag ist abhängig von der Zuschlagsberechtigung seitens der Vertragspartner. Näheres hierzu regelt der Anhang 3 zu dieser Anlage 3.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Der Zuschlag wird automatisch erzeugt. Grundlage hierfür ist das in dem Anhang 4 aufgeführte Meldeformular, welches vom HAUSARZT an den BHÄV übermittelt wird.</li> <li>▪ Der Zuschlag kann einmalig pro VERAH, pro Arzt und pro BSNR (einschließlich zugehörigen NBSNR) gewährt werden.</li> </ul>	<p><b>450 € / Quartal</b></p>
<p><b>Definition</b></p>		<p><b>Beschreibung</b></p>		
<p>Betreuerarzt</p>	<p>Ein Betreuerarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.</p>			

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 Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt.
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 den BHÄV). 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"> <li>▪ Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder</li> <li>▪ Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder</li> <li>▪ MVZ untereinander</li> </ul> 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 HzV-Vertrages). Die Laufzeit verlängert sich automatisch um 12 Monate, wenn keine neuen Vergütungsregelungen vereinbart werden.

## § 3

### Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie weiterer Betreuungspauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „**HzV-Ziffernkranzes**“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Honoraranlage nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HzV-Ziffernkranz, soweit die SVLFG und der BHÄV keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns abgerechnet. Folgeanpassungen des HzV-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 HzV-Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endständig zu übermitteln.

#### III. Abrechnung des Betreuers für die HzV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

- (1) Der HAUSARZT rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** Gegenstand dieses HzV-Vertrages sind, abgedeckt.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für die eingeschriebenen HzV-Versicherten, alle Leistungen des HzV-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**) im Rahmen dieses HzV-Vertrages zu erbringen, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt. Kann ein HAUSARZT aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem HzV-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 HzV-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) über 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 Betreuer, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ (Stellvertreterarzt) er-

bracht 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. Die für die Abrechnungsdatenverarbeitung vom Hausärzterverband beauftragten Stelle im Sinne von § 295a Abs. 2 SGB V ist derzeit die HÄVG.

Die beauftragte Stelle im Sinne von § 295a Abs. 2 SGB V 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 HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten können im folgenden Abrechnungsquartal als HzV-Versicherte abgerechnet werden.
- (3) Der HAUSARZT übermittelt dem BHÄV seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**H<sub>z</sub>V-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<sub>z</sub>V-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung bei der von dem BHÄV beauftragten HÄVG. 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 HzV-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 HzV-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 HzV-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 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 § 6 dieser **Anlage 3** ungerechtfertigt ist.

## § 5

### Abrechnung der HzV-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 der in § 4 dieser Anlage genannten HÄVG (§ 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 HzV-Vergütung im Sinne des § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HzV-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 HzV-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 HzV-Vergütung drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal. Die Höhe der Abschlagszahlungen beträgt 15,00 EUR pro bei dem HAUSARZT in dem jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen HzV-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 HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 11 bis 14 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 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 HzV-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 HzV-Vergütung durch den BHÄV

- (1) Der BHÄV ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-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 HzV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 14 des HzV-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 HzV-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 HzV-Vertrages.

## **§ 8 Anhänge**

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

**Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß HzV-Ziffernkranz,

**Anhang 2 zu Anlage 3:** VERAH-Zuschlag,

**Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH*mobil*