

**Anlage 3**

**Vergütung und Abrechnung**

**H<sub>z</sub>V-Vergütungspositionen**

| Leistung /<br>Bezeichnung  | Vorläufi-<br>ge Abr.-<br>Pos. im<br>AIS | Leistungsinhalt  | Abrechnungsregeln  | Betrag           |
|--|---|--|--|------------------|
| <b>Pauschalen</b>  |   |  |  |                  |
| <b>Strukturpauschale<br/>P1<br/>für Technikaus-<br/>stattung und Qua-<br/>litätsmanage-<br/>mentsystem so-<br/>wie Beschäftigung<br/>einer zertifizierten<br/>Versorgungsassi-<br/>stentin VERAH</b> | 0001                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungen gemäß HzV-Vertrag i. V. m. Anlage 3</li> <li>▪ Beschäftigung einer zertifizierten Versorgungsassistentin (VERAH) gemäß Anhang 3 zu Anlage 3</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 x pro Versicherten-<br/>teilnahmequartal</li> <li>▪ Kontaktunabhängig</li> <li>▪ Wird nur dem Betreu-<br/>arzt vergütet</li> </ul>  | <b>6,50 EUR</b>  |
| <b>Kontaktabhängige<br/>Grundpauschale<br/>P2</b>  | 0002                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</li> <li>▪ Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß HzV-Vertrag</li> <li>▪ Ambulant-stationäres Schnittstellenmanagement einschließlich allgemeiner hausärztlicher prästationärer sowie prä- und postoperativer Betreuung</li> <li>▪ Poststationäres Überleitungsmanagement in Form besonderer hausärztlicher Betreuung nach Krankenhausaufenthalt im Austausch mit Klinikarzt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Max. 4 x pro Versi-<br/>chertenteilnahmejahr<br/>abrechenbar</li> <li>▪ Mind. 1 persönlicher<br/>Arzt-Patienten-<br/>Kontakt im Abrech-<br/>nungsquartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreu-<br/>arzt vergütet</li> </ul> | <b>53,50 EUR</b> |
| <b>Zuschlag für den<br/>erhöhten Betreu-<br/>ungsaufwand</b>   | 0003                                    | Betreuung eines Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, bei dem der Hausarzt bereits in  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal<br/>bei mindestens 2<br/>persönlichen Arzt-</li> </ul>   | <b>46,50 EUR</b> |

|   |      |   |   |           |
|---|------|---|---|-----------|
| <b>definierter Krankheitsbilder</b><br>P 3      |      | dem Quartal vor dem Abrechnungsquartal eine der in Anhang 2 zu Anlage 3 definierten Krankheitsbilder diagnostiziert und zu diesem Krankheitsbild eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose übermittelt hat, einschließlich eines arztübergreifenden Medikationsmanagements zur Vermeidung unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen und unnötiger Kosten von Polypharmazie  | Patienten-Kontakten im Abrechnungsquartal, wobei 1 Kontakt ersetzt werden kann durch 2 VERAH-Besuche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr abrechenbar</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>  |           |
|   |      |   |   |           |
|   |      |   |   |           |
| <b>Kontaktabhängige Vertreterpauschale (VP)</b> | 0004 | Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 2 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar</li> <li>▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> <li>▪ Mind. 1 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>  | 13,50 EUR |
| <b>Zielauftragspauschale (ZP)</b>               | 0005 | Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung. Als Zielauftrag kann durchgeführt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufzeichnung Langzeit-EKG</li> <li>- Langzeit-RR</li> <li>- Belastungs-EKG</li> <li>- Sonografie Abdomen</li> <li>- Sonografie Schilddrüse</li> <li>- CW-Doppler-Sonografie extremitätenversorgender u./o. extrakranieller Gefäße</li> <li>- Chirotherapie an der Wirbelsäule</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar</li> <li>▪ zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung max. 1 x pro Quartal abrechenbar</li> <li>▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> <li>▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul> | 13,50 EUR |

| Modul: Besuchstätigkeit                         |        |  |   |                             |
|---|--------|--|---|-----------------------------|
| Besuch<br>(BE)                                  | 1410   | Persönliche ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Hausarzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben.<br><br>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. |   | <b>32,00 EUR / Leistung</b> |
| Zuschlag I<br>bei Inanspruchnahme „zur Unzeit“  | 1410.1 | Leistung wie bei Besuch, jedoch zu folgenden Zeiten:<br>Werktags zwischen 19:00 und 7:00 Uhr<br>und<br>an Samstagen ab 14.00 Uhr, an Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen und am 24. Dezember und am 31. Dezember.   |   | <b>36.00 EUR / Leistung</b> |
| Zuschlag II<br>bei Inanspruchnahme zur „Unzeit“ | 1410.2 | Ärztliche Inanspruchnahme in telefonischer Form zu Zeiten wie bei Zuschlag I   |   | <b>9.00 EUR / Leistung</b>  |
| Mitbesuch<br>(MB)                               | 1413   | Besuch eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Tag</li> <li>▪ Die Wegepauschale ist nicht gleichzeitig abrechenbar.</li> <li>▪ Nicht am selben Tag wie VP, BE, MB abrechenbar</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuungsarzt vergütet</li> </ul> | <b>11,50 EUR / Leistung</b> |

| Modul „Einzelleistungen Prävention Plus“  |                       |   |   |  |
|---|-----------------------|---|---|--|
| <p><b>Gesundheitsunter-<br/>suchung ohne<br/>Hautkrebsscreen-<br/>ning<br/>(GU 35 plus)</b></p> | <p>01732</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren</li> <li>▪ Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes</li> <li>▪ Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation</li> <li>▪ Prüfung einer krankheits- und patientenadäquaten Umstellung der Medikation</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 Streifentests</li> <li>▪ Eingehende Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Alkohol- und Nikotinmissbrauch, schädlichen Ernährungsgewohnheiten und angemessener körperlicher Bewegung mit dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet.</li> <li>▪ Sie ist auch am gleichen Tag abrechenbar wie die Leistung „Hautkrebsscreening“ (HKS).</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</li> </ul> | <p><b>46,75 EUR /<br/>Leistung</b></p> |
| <p><b>Zuschlag zur GU 35 plus ab dem 46. Lebensjahr (ZGU)</b></p>                               | <p>1790<br/>(ZGU)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausgabe und Auswertung eines zugelassenen Tests auf okkultes Blut im Stuhl, sofern der HzV-Versicherte durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt</li> <li>▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms</li> <li>▪ Erhebung des individuellen Risikos für koronare Herzerkrankungen anhand erkann-</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur abrechenbar zusammen mit GU 35 plus</li> <li>▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr vom 46. Lebensjahr an vergütet</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Einschließlich Eintragung ins Bonus-</li> </ul>                     | <p><b>34,00 EUR /<br/>Leistung</b></p> |

|                           |       |   |  |                             |
|---------------------------|-------|---|--|-----------------------------|
|                           |       | <p>ter geeigneter Risiko-Scores, z.B. Procam oder Arriba, Erhebung des Ankle-Brachial-Index zur Feststellung peripherer arterieller Verschlusskrankheiten; Risikoanalyse für Osteoporose und Darmkrebs sowie Beratung zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Krebsfrüherkennung, insbes. bei familiären Vorerkrankungen entsprechend den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abdominelles Ultraschallscreening zur Risikobestimmung eines Bauchaortenaneurysmas</li> </ul> | heft   |                             |
| Hautkrebs-screening (HKS) | 01745 | <p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 19. Lebensjahr an vergütet.</li> <li>▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.</li> <li>▪ Eine Abrechnung neben der Gesundheitsuntersuchung nach 01732 ist im gleichen Quartal nicht zulässig.</li> </ul> | <b>25,00 EUR / Leistung</b> |
| Zuschlag HKS (GU 35 plus) | 01746 | <p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01746 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet.</li> <li>▪ Sie ist nur am gleichen Tag abrechenbar wie GU 35 plus.</li> <li>▪ Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum)</li> </ul>   | <b>22,00 EUR / Leistung</b> |

|   |       |   |   |                             |
|---|-------|---|---|-----------------------------|
|   |       |   | turn) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.  |                             |
|   |       |   |   |                             |
| <b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen</b> | 01730 | Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01730 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je weiblicher HzV-Versicherten ab dem Alter von 20 Jahren vergütet.</li> <li>▪ Vertreter- und Zieldauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar.</li> </ul> | <b>19,00 EUR / Leistung</b> |
| <b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer</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. Anhang 1 zu dieser Anlage 3) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HzV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet.</li> <li>▪ Vertreter- und Zieldauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar.</li> </ul> | <b>15,00 EUR / Leistung</b> |
| <b>Neugeborenen-Screening</b>                 | 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.  | <b>11,00 EUR / Leistung</b> |
| <b>Labor i. R. d. Neugeborenen-Screening</b>  | 01708 | Erbringung der Leistung „Labor i. R. d. Neugeborenen-Screening“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01708  | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.  | <b>12,00 EUR / Leistung</b> |
| <b>Neugeborenenenerstuntersuchung (U 1)</b>   | 01711 | Erbringung der Leistung „Neugeborenenenerstuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01711   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.  | <b>13,00 EUR Leistung</b>   |
| <b>Neugeborenenbasisuntersuchung (U 2)</b>    | 01712 | Erbringung der Leistung „Neugeborenenbasisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712  | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.  | <b>33,00 EUR / Leistung</b> |

|   |       |  |  |                      |
|---|-------|--|--|----------------------|
| Untersuchung 4. bis 6. Lebenswoche (U 3)      | 01713 | Erbringung der Leistung U 3 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01713   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. | 33,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 3. bis 4. Lebensmonat (LM) (U 4) | 01714 | Erbringung der Leistung U 4 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01714   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. | 33,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)               | 01715 | Erbringung der Leistung U 5 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01715   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. | 33,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)             | 01716 | Erbringung der Leistung U 6 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01716   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. | 33,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)             | 01717 | Erbringung der Leistung U 7 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01717   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. | 33,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 34. bis 36 LM (U 7a)             | 01723 | Erbringung der U 7 a analog Qualifikationsdefinition im EBM 01723 und der Kinderrichtlinie des GBA (Neugeborenen-Hörscreening)   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. | 36,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 43. bis 48 LM (U 8)              | 01718 | Erbringung der Leistung U 8 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01718   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. | 33,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 60. bis 64 LM (U 9)              | 01719 | Erbringung der Leistung U 9 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01719   | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet. | 33,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 7. bis 8. Lebensjahr (U 10)      | 1725  | Erbringung der Leistung U 10 Erkennen und Behandlungseinkleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulleistungsstörungen wie z.B. Lese-Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen,</li> <li>▪ Störungen der motorischen Entwicklung</li> <li>▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen (z.B. ADHS)</li> </ul> | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 7. bis 8. Lebensjahr vergütet.                       | 36,00 EUR / Leistung |
| Untersuchung 9. bis 10. Lebensjahr (U 11)     | 1726  | Erbringung der Leistung U 11 Erkennen und Behandlungseinkleitung von umschriebenen Ent-  | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwi-  | 36,00 EUR / Leistung |

|   |          |  |  |                             |
|---|----------|--|--|-----------------------------|
|   |          | wicklungsstörungen:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulleistungsstörungen, Sozial- und Verhaltensstörungen</li> <li>▪ Zahn-, Mund- und Kieferanomalien</li> <li>▪ Gesundheitsschädigendem Medienverhalten</li> </ul>   | schen dem 9. bis 10. Lebensjahr vergütet.  |                             |
| <b>Jugendgesundheitsuntersuchung<br/>13. bis 15. Lebensjahr<br/>(J 1)</b> | 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. | <b>36,00 EUR / Leistung</b> |
| <b>Jugendgesundheitsuntersuchung<br/>17. bis 18. Lebensjahr<br/>(J 2)</b> | 1724     | Erbringung der Leistung J2 Erkennen und Behandlungseinkleitung von:<br><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> Begleitende Beratung bei der Berufswahl. | Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr vergütet.                     | <b>36,00 EUR / Leistung</b> |
| <b>Besuch i. R. d. Kinderfrüherkennung<br/>BS</b>                         | 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. | <b>32,00 EUR/ Leistung</b>  |
| <b>Impfungen</b>  | 89100Aff | Wie EBM, s. § 4 Abs. 11  |  |                             |



| Modul „Diagnostik und spezielle Therapieleistungen“                            |       |  |  |           |
|--|-------|--|--|-----------|
| Belastungs-EKG   | 03321 | Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)                              |  | 25,00 EUR |
| Sonografie Schilddrüse   | 33012 | Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)                  |  | 11,50 EUR |
| Sonografie Abdomen   | 33042 | Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)                                  |  | 18,00 EUR |
| Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (35100) | 35100 | Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110</li> <li>▪ Maximal abrechenbar in Höhe von 25% der Anzahl abgerechneter GOP 35100 und 35110 je GP einer BSNR im Quartal</li> </ul>  | 18,00 EUR |
| Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (35110)         | 35110 | Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100</li> <li>▪ Max. 3 x am Tag</li> <li>▪ Maximal abrechenbar in Höhe von 25% der Anzahl abgerechneter GOP 35100 und 35110 je Grundpauschale einer BSNR im Quartal</li> </ul> | 18,00 EUR |
| Langzeit-EKG   | 03322 | Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul>   | 8,00 EUR  |
| Langzeit-RR  | 03324 | Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul>   | 8,00 EUR  |
| Unidirektionaler Doppler   | 2000  | Erbringung der Leistung doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul>   | 7,00 EUR  |
|  |       |  |  |           |

|   |       |   |  |                  |
|---|-------|---|--|------------------|
| <b>Hyposensibilisierung</b>   | 30130 | Erbringung der Leistung „Hypo-sensibilisierungsbehandlung“ gem. EBM 30130 und 30131   | Abrechenbar für jede einzelne Leistung (subkutane Allergeninjektion)   | <b>11,00 EUR</b> |
| <b>Chirotherapie an der Wirbelsäule</b>   | 30201 | Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)  |  | <b>9,00 EUR</b>  |
| <b>CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße</b>  | 33060 | Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen  | Max. 2 x pro Quartal   | <b>33,00 EUR</b> |
| <b>CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße</b>   | 33061 | Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität  |  | <b>11,00 EUR</b> |
| <b>Verordnung medizinischer Reha</b>  | 01611 | Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)   |  | <b>31,00 EUR</b> |
| <b>Modul „Pharmakotherapie“</b>   |       |   |  |                  |
| <b>Arztübergreifendes Medikationsmanagement bei Polypharmazie außerhalb definierter Krankheitsbilder (Anhang 2 zu Anlage 3)</b> |       | <p><b>Überprüfung Polypharmazie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Feststellung der längerfristig eingenommenen Medikamente inklusive (elektronischer) Dokumentation der anonymisierten Verordnungsdaten (Verordnungsdokumentation gemäß Anhang 5 der Anlage 3) und Übermittlung an ein vom Hausärzterverband benanntes Rechenzentrum zu Evaluationszwecken</li> <li>▪ Eingehendes Beratungsgespräch</li> <li>▪ Versicherte mit langfristiger Einnahme von mindestens 4 verschreibungspflichtigen Arzneimitteln</li> <li>▪ unter Berücksichtigung aller rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimittel des Versicherten</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Versicherungsteilnahmejahr</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben 0003, also in Fällen, in denen die Voraussetzungen für den Zuschlag P 3 vorliegen</li> </ul> | <b>75,00 EUR</b> |

**Modul „Wundmanagement“**

|  |       |   |  |                      |
|--|-------|---|--|----------------------|
| Kleinchirurgische Eingriffe  | 2301  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erbringung von operativen Eingriffen mit Eröffnung von Haut/ Schleimhaut oder</li> <li>▪ Leistungen der primären Wundversorgung mittels Naht oder Gewebekleber</li> </ul>  |  | 15,00 EUR / Leistung |
| Behandlungskomplex sekundär heilende Wunden  | 2310  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abtragung von Nekrosen</li> <li>▪ und/oder</li> <li>▪ Wunddebridement und/oder</li> <li>▪ und/oder</li> <li>▪ Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes bei sekundär heilenden Wunden</li> <li>▪ und/oder</li> <li>▪ Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtampnade</li> <li>▪ und/oder</li> <li>▪ Einbringung Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten</li> <li>▪ inkl. Anlage/Wechsel von Schienenverbänden</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrechenbar je Sitzung</li> <li>- Höchstmenge 6x/ Quartal</li> <li>- Nicht abrechenbar am gleichen Tag neben 2301 und 02311</li> </ul>  | 22,00 EUR / Leistung |
| Behandlung diabetischer Fuß (02311)  | 02311 | Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog Leistungsbeschreibung im EBM Stand 01.10.2014  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrechenbar je Bein und je Sitzung</li> <li>▪ Nur bei vorliegender Genehmigung der KV Bayern</li> </ul>   | 15,00 EUR            |
| Modul „Onkologie“  |       |   |  |                      |
| Kontaktabhängige Grundpauschale für die hausärztliche Betreuung onkologisch erkrankter Patienten | 0002  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Patienten mit folgenden Merkmalen:</li> <li>▪ Gesicherte Erkrankung an einer Diagnose verschlüsselt nach dem Kapitel II „Neubildungen“ ab dem Zeitpunkt der Diagnosesicherung für</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben 0002 (GP) sowie 0003 (P 3)</li> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. 2 persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Ab-</li> </ul> | 120,00 EUR / Quartal |

|  |       |   |  |                             |
|--|-------|---|--|-----------------------------|
|  |       | <p>die ersten vier nachfolgenden Quartale oder</p> <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>▪ bei Auftreten einer Metastasierung.</li> </ul>   | <p>rechnungsquartal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>                             |                             |
| <b>Gespräch (tel. oder direkt) mit einem Mitbehandler in einem onkologischen Behandlungsfall</b> | 2009  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärztliches Gespräch mit</li> <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> <li>▪ Nicht abrechenbar neben 0002 (GP) und 0003 (P 3)</li> </ul>     | <b>15,00 EUR/ Leistung</b>  |
| <b>Modul „Geriatric“</b>   |       |   |  |                             |
| <b>Hausärztlich-geriatrische Betreuung</b>   | 03362 | Untersuchungen zur Feststellung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung geriatricspezifischer Syndrome  |  | <b>18,50 EUR / Leistung</b> |
| <b>Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment</b>  | 03360 | Erbringung der Leistung gemäß EBM GOP 03360 einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Versicherungsteilnahmejahr</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</li> </ul> | <b>16,00 EUR / Leistung</b> |

**Modul „Palliativ“**

|  |             |  |   |                                    |
|--|-------------|--|---|------------------------------------|
| <p><b>Kontaktabhängige Grundpauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</b></p> | <p>0001</p> | <p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO:</p> <p>Ein Palliativpatient im Sinne dieser Anlage 3 ist derjenige, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patient mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit ist, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden und psychologischen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung im finalen Krankheitsstadium.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben 0002 (GP) sowie 0003 (P 3)</li> <li>▪ Nicht abrechenbar, wenn der HzV-Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet</li> <li>▪ Nur für Patienten mit mindestens 2 persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Abrechnungsquartal, wobei 1 Kontakt durch 2 VERAH-Besuche ersetzt werden kann</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul> | <p><b>120,00 EUR</b></p>           |
| <p><b>Modul Leistungen der qualifizierten Versorgungsassistentin „VERAH“</b></p>                     |             |  |   |                                    |
|  |             |  |   |                                    |
| <p><b>Besuch durch VERAH</b></p>   | <p>1417</p> | <p>Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß P 3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten und Patienten mit geriatrischen und onkologischen Erkrankungen.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 3 x pro Quartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Abrechenbar ab dem Quartal, das auf die Zertifizierung der VERAH gem. Anhang 3 dieser Anlage 3 folgt.</li> </ul>   | <p><b>17,00 EUR / Leistung</b></p> |
| <p><b>Modul „Sonstige Leistungen“</b></p>  |             |  |   |                                    |
| <p><b>Wegepauschale (Zone A)</b></p>   | <p>4401</p> | <p>Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Wegepauschale Zone A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch oder ein Zuschlag für Besuch Palliativpatient abge-</li> </ul>  | <p><b>10,00 EUR / Leistung</b></p> |

|                               |      |   |  |                             |
|-------------------------------|------|---|--|-----------------------------|
|                               |      |   | <p>rechnet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Wegepauschale Zone A ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbefuch und den Wegepauschalen Zone B und Zone C abrechenbar.</li> </ul>  |                             |
| <b>Wegepauschale (Zone 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>Die Wegepauschale Zone B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch oder ein Zuschlag für Besuch Palliativpatient abgerechnet wird.</li> <li>Die Wegepauschale Zone B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbefuch und den Wegepauschalen Zone A und Zone C abrechenbar.</li> </ul> | <b>15,00 / Leistung</b>     |
| <b>Wegepauschale (Zone C)</b> | 4403 | Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Wegepauschale Zone C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch oder ein Zuschlag für Besuch Palliativpatient abgerechnet wird.</li> <li>Die Wegepauschale Zone C ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung Heimbefuch, Zone A und Zone B abrechenbar.</li> </ul>                       | <b>17,50 EUR / Leistung</b> |

| <b>Definition</b>         | <b>Beschreibung</b>  |
|---------------------------|--|
| Betreuarzt                | Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HzV-Hausarzt.  |
| Vertreterarzt             | Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß § 5 Abs. 3 lit. d) HzV-Vertrag benannter Hausarzt, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist.   |
| Stellvertreterarzt        | Ein Stellvertreterarzt ist ein Hausarzt, der als Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt.                          |
| Versichertenteilnahmejahr | Ein Versichertenteilnahmejahr sind vier aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem ersten Tag des Quartals, an dem der Versicherte als HzV-Versicherter im Sinne des HzV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HzV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an das beauftragte Rechenzentrum). 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.).<br>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.<br>Keine BAG sind Praxismgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.<br>Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR). |
|                                   |  |

## § 2

### Abrechnungsberechtigung

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

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

### § 3

#### Laufzeit

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

### § 4

#### Allgemeine Vergütungsbestimmungen

(1) Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 3 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen dieser Anlage 3 als Einzelleistung, Zuschlag oder Pauschale berücksichtigt bzw. sie entfallen im EBM-Ziffernkranz nach Anhang 1 zu dieser Anlage 3.

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

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

(3) Der Hausarzt rechnet für die HzV-Versicherten, die ihn als Hausarzt gewählt haben, Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß dieser Anlage 3 ab. Damit sind alle hausärztlichen Leistungen, die gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 Gegenstand dieses HzV-Vertrages sind, abgedeckt.

(4) Er ist verpflichtet, für HzV-Versicherte, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu dieser Anlage 3) im Rahmen dieses HzV-Vertrages zu erbringen. Kann ein Arzt aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz



aufgeführte Leistung nicht erbringen, so soll die erforderliche Leistungserbringung über einen Zielauftrag bzw. Auftragsüberweisung an einen anderen Hausarzt bzw. bei Laborleistungen durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den Hausarzt erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sowie die Laborleistungen als Inhalt der erweiterten Gesundheitsuntersuchung sind durch die HzV-Vergütung gemäß Anlage 3 abgegolten.

(5) Leistungen gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG / des MVZ ebenfalls durch die in der Anlage 3 aufgeführten Vergütungspositionen abgegolten. Werden sie nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG / des MVZ (Stellvertreterarzt) erbracht und zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 12 Abs. 1 des HzV-Vertrages.

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

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

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

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

und Prophylaxe. Die Regelungen dieses Rahmenvertrages gelten auch nach Auslaufen oder Kündigung so lange fort, bis ein Folgevertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung für die Krankenkasse vereinbart ist oder eine eigenständige Vereinbarung für den HzV-Vertrag geschlossen ist.

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

## **§ 5**

### **Abrechnung der HzV-Vergütung durch den BHÄV**

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

HÄVG Rechenzentrum GmbH

Edmund-Rumpler Straße 2

51149 Köln

Service-Hotline: 02203 57561111

Fax: 02203 57561110

(2) Der BHÄV versendet an den Hausarzt jeweils bis spätestens zum 25. Tag des letzten Monats im Quartal die Information über den Teilnahmestatus seiner HzV-Versicherten für das folgende Abrechnungsquartal (HzV-Versichertenverzeichnis). Die jeweils in dieser Mitteilung genannten HzV-Versicherten gelten mit Wirkung für das folgende Abrechnungsquartal zum Zwecke der Abrechnung als HzV-Versicherte.

(3) Der Hausarzt übermittelt dem BHÄV seine Abrechnung der HzV-Vergütung (HzV-Abrechnung) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 10. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. Oktober) (HzV-Abrechnungsfrist). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der BHÄV berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der AOK Bayern (vgl. § 4 dieser Anlage 3) erst im Folgequartal vorzunehmen.

(4) Der BHÄV ist verpflichtet, die HzV-Abrechnung des Hausarztes auf Plausibilität nach Maßgabe dieser Anlage 3 unter Zugrundelegung der in § 7 dieser Anlage 3 genannten Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.

(5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HzV-Abrechnung des Hausarztes erstellt der BHÄV die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der AOK Bayern oder der von ihr benannten Stelle, die gemäß § 13 Abs. 4 HzV-Vertrag mindestens drei Wochen vor Geltendmachen gegenüber dem Hausarzt dem vom BHÄV beauftragten Rechenzentrum in elektronisch verarbeitungsfähiger Dateiform mitzuteilen sind, überprüft der BHÄV durch das beauftragte Rechenzentrum die Abrechnungsdatei erneut. Der von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei ist zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser Anlage 3 (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

(6) Der BHÄV übersendet dem Hausarzt nach Erhalt der Zahlung durch die AOK Bayern einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete HzV-Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3, die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt außerdem geleistete Abschlagszahlungen sowie eine nach § 13 Abs. 5 HzV-Vertrag erfolgte Aufrechnung der AOK Bayern.

(7) Der Hausarzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des BHÄV unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und ihm etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.

(8) Bei über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der AOK Bayern hinausgehenden Ansprüchen des Hausarztes wird sich der BHÄV im Benehmen mit ihm eine Fehleranalyse vornehmen sowie gegebenenfalls eine korrigierende Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der AOK Bayern vornehmen. Der BHÄV ist zur außergerichtlichen Klärung von Beanstandungen des Hausarztes verpflichtet, sofern sie dem Hausarzt nicht mit dem Abrechnungsnachweis oder in sonstiger Weise schriftlich mitgeteilt hat, dass die Beanstandung auf Grundlage der Abrechnungsprüfkriterien nach § 7 dieser Anlage 3 un gerechtfertigt ist.

## § 6

### Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der AOK Bayern

(1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der BHÄV der AOK Bayern eine Abrechnungsdatei als zahlungsbegründende Unterlage an die von der AOK Bayern benannte Kopf- bzw. Clearingstelle. Der BHÄV bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung eines von ihm benannten Rechenzentrums (§ 295a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden Hausärzten abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den jeweiligen Hausarzt geprüften HzV-Vergütung im Sinne des § 12 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 12 Abs. 3 HzV-Vertrag aus.

(2) Die AOK Bayern oder die von ihr benannte Stelle hat eine Prüffrist von 15 Arbeitstagen (Krankenkassen-Prüffrist), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Die Krankenkassen-Prüffrist kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden. Ist die AOK Bayern oder die von ihr benannte Stelle der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem BHÄV schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (Abrechnungsrüge) und ebenfalls innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine entsprechende Rügedatei (Technische Rügedatei) gemäß den Regelungen des Anhangs 3 zur Anlage 4 dem vom BHÄV beauftragten Erfüllungsgehilfen zu übermitteln.

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

a) Die AOK Bayern ist innerhalb einer Zahlungsfrist von fünf Arbeitstagen

(Montag bis Freitag) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden.

b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die AOK Bayern innerhalb einer Zahlungsfrist von fünf Arbeitstagen ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann elektronisch übermittelt werden. Der Hausärzterverband bzw. der mit der Abrechnung beauftragte Erfüllungsgehilfe prüft und verarbeitet berechnete Abrechnungsrügen im Rahmen nachfolgender Abrechnungen.

(3) Die Regelungen in § 13 Abs. 2, 3 HzV-Vertrag bleiben unberührt. In diesen Fällen der Abrechnungskorrektur ist ferner § 13 Abs. 4 HzV-Vertrag zu beachten.

(4) Die AOK Bayern hat die Zahlung auf das schriftlich vom BHÄV benannte Konto (Abrechnungskonto) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der BHÄV spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der AOK Bayern schriftlich mitteilen.

(5) Die AOK Bayern kann gegenüber dem Hausarzt binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen. Die Frist für die Geltendmachung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden.

## § 7

### Abrechnungsprüfkriterien

(1) Der BHÄV und die AOK Bayern prüfen selbst oder durch ihre Erfüllungsgehilfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§ 13 HzV-Vertrag i. V. m. Anlage 3) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).

(2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:

a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung;

b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung von Einzelleistungen;

c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;

d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Abs. 2 dieser Anlage 3.

(3) Der Umfang der von dem BHÄV an die AOK Bayern zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.

(4) Die Prüfungen erfolgen, soweit technisch möglich, automatisiert und basierend auf der durch den Hausarzt über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.

(5) Wenn die Prüfungen Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§ 13 HzV-Vertrag) eine Prüfung nach Anlage 8 durchzuführen sein.

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



## § 8

### Auszahlung der HzV-Vergütung durch den BHÄV

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

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

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

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

## Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser Anlage 3:

Anhang 1 zu Anlage 3: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz

Anhang 2 zu Anlage 3: Krankheitsbilder

Anhang 3 zu Anlage 3: Qualifizierte Versorgungsassistentin (VERAH)

Anhang 4 zu Anlage 3: Überleitungsbogen, Merkblatt Versorgungsmanagement

Anhang 5 zu Anlage 3: Medikations-Dokumentationsbogen

Anhang 6 zu Anlage 3: Fachkonzept Korrekturanforderungsmanagement

Anhang 7 zu Anlage 3 Vergütungsobergrenze