

**Anlage 3**

**Vergütung und Abrechnung**

**§ 1 HzV-Vergütungspositionen (Gültigkeit ab 01.07.2017)**

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

		<p>prä- und postoperativer Betreuung nach stationärem Krankenhausaufenthalt</p> <p>Die Dokumentation des Leistungsinhaltes erfolgt vorläufig über die übliche Befunddokumentation in der Arztpraxis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poststationäres Überleitungsmanagement in Form besonderer hausärztlicher Betreuung nach Krankenhausaufenthalt im Austausch mit Klinikarzt</li> </ul> <p>Die Dokumentation des Leistungsinhaltes erfolgt vorläufig über die übliche Befunddokumentation in der Arztpraxis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ab dem Zeitpunkt einer Vereinbarung eines Konzeptes zur Evaluation des HzV-Vertrages durch den BHÄV und die AOK Bayern erfolgt die Dokumentation für das ambulant-stationäre Schnittstellenmanagement und das poststationäre Überleitungsmanagement („Überleitungsbogen“) elektronisch auf dem Überleitungsbogen gemäß Anhang 4 zu Anlage 3. Der vollständig ausgefüllte Überleitungsbogen ist elektronisch zu Evaluations- und ggf. zu Prüfwzwecken in der Patientenakte zu speichern. Sofern eine elektronische Speicherung in der Patientenakte nicht möglich ist, ist eine Kopie in der Patientenakte abzulegen und die Daten für eine Evaluation gesondert zur Verfügung zu stellen.</li> </ul>		
<p><b>Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder P3</b></p>	<p>0003</p>	<p>Betreuung eines Patienten mit erhöhtem Betreuungsaufwand, bei dem der Hausarzt bereits in dem Quartal vor dem Abrechnungsquartal eine der in Anhang 2 zu dieser 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.</p> <p>Die Dokumentation des Leistungsin-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal bei mindestens 2 persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Abrechnungsquartal, wobei 1 Kontakt ersetzt werden kann durch 2 VERAH-Besuche</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<p><b>46,50 EUR</b></p>

		haltes erfolgt über die übliche Befunddokumentation in der Arztpraxis.		
<b>Kontaktabhängige Vertreterpauschale (VP)</b>	0004	Hausärztliche Versorgung des Patienten 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 2 x pro Quartal bei Mehrfachinanspruchnahme</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>	<b>13,50 EUR</b>
<b>Zielauftragspauschale (ZP)</b>	0005	<p>Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung. Als Zielauftrag kann durchgeführt werden:</p> <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 extremitätenversorgenden u./o. extrakranieller Gefäße</li> <li>- Chirotherapie an der Wirbelsäule</li> <li>- Körperakupunktur</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, Ausnahme Körperakupunktur (30791)</li> <li>▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar</li> <li>▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</li> </ul>	<b>13,50 EUR</b>
<b>Modul „Besuchstätigkeit“</b>				
<b>Besuch (BE)</b>	1410	<p>Persönliche ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Hausarzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben.</p> <p>Liegt nicht vor, wenn der Hausarzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist.</p>		<b>32,00 EUR/Leistung</b>
<b>Mitbesuch (MB)</b>	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 Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>11,50 EUR</b>
<b>Modul „Einzelleistungen zu Unzeit“</b>				

<b>Inanspruchnahme zur Unzeit</b>	01100.2	Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werktags zwischen 19:00 und 07:00 Uhr und</li> <li>▪ An Samstagen ab 14:00 Uhr, an Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen und am 24. Dezember und am 31. Dezember</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht abrechenbar neben Besuch 1410</li> </ul>	<b>9,00 EUR/Leistung</b>
<b>Zuschlag auf Besuch bei Inanspruchnahme „zur Unzeit“</b>	1410Z	Leistung wie bei Besuch, jedoch zu folgenden Zeiten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werktags zwischen 19:00 und 07:00 Uhr und</li> <li>▪ An Samstagen ab 14:00 Uhr, an Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen und am 24. Dezember und am 31. Dezember</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht abrechenbar neben 01100.2</li> <li>▪ Nur am gleichen Tag mit 1410 abrechenbar</li> <li>▪ Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</li> </ul>	<b>18,00 EUR/Leistung</b>
<b>Modul „Einzelleistungen Prävention Plus“</b>				
<b>Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening (GU 35 plus)</b>	01732	<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 Streifenfest</li> <li>▪ Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung ab dem Alter von 50 Jahren, sofern der Patient durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt</li> <li>▪ Eingehende Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten</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>	<b>46,75 EUR/Leistung</b>

		<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eintrag der Leistung ins Bonusheft des Versicherten</li> </ul>		
<b>Zuschlag zur GU 35 plus ab dem 46. Lebensjahr (ZGU)</b>	1790 (ZGU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms</li> <li>▪ Erhebung des individuellen Risikos für koronare Herzerkrankungen anhand anerkannter geeigneter Risiko-Scores z.B. Procam oder Arriba, Erhebung des Ankle-Brachial-Index zur Feststellung peripherer arterieller Verschlusskrankheiten; Risikoanalyse für Osteoporose und Darmkrebs sowie Beratung zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Krebsfrüherkennung, insbes. bei familiären Vorerkrankungen entsprechend den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.</li> <li>▪ Eintrag der Leistung ins Bonusheft des Versicherten</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> </ul>	<b>15,00 EUR/Leistung</b>
<b>Ultraschall-screening auf abdominale Bauchaortenneurysmen</b>	1791	<p>Aufklärung des Patienten, Erbringung einer einmaligen abdominalen Ultraschalluntersuchung mittels B-mode-Sonographie und Dokumentation der Ergebnisse. Eine ggf. angezeigte Intervention erfolgt analog dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.04.2013.</p> <p>Die Dokumentation erfolgt derzeit über die übliche Befunddokumentation der Arztpraxis und enthält mindestens folgende Punkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arztnummer (LANR)</li> <li>2. Alter und Geschlecht des Versicherten</li> <li>3. Verdachtsdiagnose</li> <li>4. Veranlasste Intervention.</li> </ol> <p>Sobald der G-BA eine Dokumentation festlegt, ist diese zu verwenden.</p>	<p>Abrechenbar einmalig jeweils für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Männer ab dem 65. Lebensjahr</li> <li>▪ Altersunabhängig bei Frauen und Männern mit aneurysma-assoziierten Todesfällen in der Familienanamnese</li> </ul> <p>Voraussetzung: Nachweis einer Genehmigung der KVB für den Anwendungsbereich Abdomen und Retroperitoneum nach der Ultraschall-Vereinbarung und Dokumentation</p>	<b>15,00 EUR</b>
<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)</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 Abrech-</li> </ul>	<b>25,00 EUR/Leistung</b>

		01745 gem. EBM). Dokumentation gemäß Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien.	<p>nung der Zielauftragspauschale und Vertreterpauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine Abrechnung neben der Gesundheitsuntersuchung nach 01732 ist im gleichen Quartal nicht zulässig.</li> </ul>	
<b>Zuschlag HKS (GU 35 plus)</b>	01746	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01746 gem. EBM)</p> <p>Dokumentation gemäß Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien</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) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich.</li> </ul>	<b>22,00 EUR/Leistung</b>
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen</b>	01730	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. II §§ 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01730 gem. EBM)	<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 Zielauftragspauschale 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. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01731 gem. EBM)	<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 Zielauftragspauschale sind daneben nicht abrechenbar.</li> </ul>	<b>15,00 EUR/Leistung</b>
<b>Stuhltest im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung</b>	01737	Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, sowie die Beratung bei einer präventiven Untersuchung.	<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> </ul>	<b>6,00 EUR / Leistung</b>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht im selben Kalenderjahr abrechenbar, in dem die Gesundheitsuntersuchung 01732 abgerechnet wird.</li> </ul>	
<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>Neugeborenen erstuntersuchung (U 1)</b>	01711	Erbringung der Leistung „Neugeborenen erstuntersuchung“ 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>Neugeborenen basisuntersuchung (U 2)</b>	01712	Erbringung der Leistung „Neugeborenen basisuntersuchung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01712	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>33,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 4. bis 6. Lebenswoche (U 3)</b>	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.	<b>33,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 3. bis 4. Lebensmonat (LM) (U 4)</b>	01714	Erbringung der Leistung U 4 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01714	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>33,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 6. bis 7. LM (U 5)</b>	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.	<b>33,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 10. bis 12. LM (U 6)</b>	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.	<b>33,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 21. bis 24. LM (U 7)</b>	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.	<b>33,00 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)	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	<b>36,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 43. bis 48 LM (U 8)</b>	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.	<b>33,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 60. bis 64 LM (U 9)</b>	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.	<b>33,00 EUR/Leistung</b>
<b>Untersuchung 7. bis 8. Lebensjahr (U 10)</b>	1725	Erbringung der Leistung U 10 Erkennen und Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten im 7. bis 8. Lebensjahr vergütet.	<b>36,00 EUR/Leistung</b>

		<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>		
<b>Untersuchung 9. bis 10. Lebensjahr (U 11)</b>	1726	<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>	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten im 9. bis 10. Lebensjahr vergütet.	<b>36,00 EUR/Leistung</b>
<b>Jugendgesundheitsuntersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)</b>	01720	<p>Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720</p>	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung vergütet.	<b>36,00 EUR/Leistung</b>
<b>Jugendgesundheitsuntersuchung 17. bis 18. Lebensjahr (J 2)</b>	1724	<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>	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten im 17. und 18. Lebensjahr vergütet.	<b>36,00 EUR/Leistung</b>
<b>Besuch i.R.d. Kinderfrüherkennung BS</b>	01721	<p>Erbringung der Leistung „Besuch i.R. der Kinderfrüherkennung“ analog Qualifikationsdefinition im EBM 01721</p>	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet	<b>32,00 EUR/Leistung</b>
<b>Impfungen</b>	89100A ff.	<p>Wie „Rahmenvereinbarung über Schutzimpfungen und Prophylaxe“ zwischen der AOK Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, in der jeweils aktuellen Fassung (s. § 4 Abs. 8-10)</p>		
<b>Modul „Diagnostik und spezielle Therapieleistungen“</b>				
<b>Belastungs-EKG</b>	03321	<p>Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM</p>		<b>25,00 EUR</b>
<b>Sonografie Schilddrüse</b>	33012	<p>Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM</p>		<b>11,50 EUR</b>



<b>Sonografie Abdomen</b>	33042	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM	Nicht am selben Tag abrechenbar mit 1791	<b>18,00 EUR</b>
<b>Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (35100)</b>	35100	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM	<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 Grundpauschale einer BSNR (Grundpauschale 0000, Onkologiepauschale 0002 und Palliativpauschale 0001) im Quartal</li> </ul>	<b>18,00 EUR</b>
<b>Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (35110)</b>	35110	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM	<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 (Grundpauschale 0000, Onkologiepauschale 0002 und Palliativpauschale 0001) im Quartal</li> </ul>	<b>18,00 EUR</b>
<b>Langzeit-EKG</b>	03322	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul>	<b>8,00 EUR</b>
<b>Langzeit-RR</b>	03324	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul>	<b>8,00 EUR</b>
<b>Unidirektionaler Doppler</b>	2000	Erbringung der Leistung dopplersonographische 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>	<b>7,00 EUR</b>
<b>Hyposensibilisierung</b>	30130	Erbringung der Leistung „Hyposensibilisierungsbehandlung“ analog 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 2 x pro Quartal</li> </ul>	<b>9,00 EUR</b>
<b>Körperakupunktur</b>	30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gemäß EBM 30790 und QS-Vereinbarung §135 Abs. 2 SGB V		<b>48,28 EUR</b>
<b>Körperakupunktur</b>	30791	Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gem. EBM 30791 und QS-Vereinbarung §135 Abs. 2 SGB V		<b>21,78 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 2 x pro Quartal</li> </ul>	<b>33,00 EUR</b>

		mindestens 14 Ableitungsstellen analog Qualifikationsdefinition im EBM		
<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 analog Qualifikationsdefinition im EBM		<b>11,00 EUR</b>
<b>Verordnung medizinischer Reha</b>	01611	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM		<b>31,00 EUR</b>
<b>Modul „Pharmakotherapie“</b>				
<b>Arztübergreifendes Medikationsmanagement bei Polypharmazie außerhalb definierter Krankheitsbilder (Anhang 2 zur Anlage 3)</b>	2006	<p>Überprüfung Polypharmazie</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> </ul> <p>Die Kriterien sind: In den letzten 9 Monaten vor dem Abrechnungsquartal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wurden mindestens 4 verschiedene verschreibungspflichtige Wirkstoffe dauerhaft eingenommen und</li> <li>- vom Hausarzt oder Facharzt zu Lasten der AOK Bayern verordnet.</li> </ul> <p>Dauerhafte Medikamenteneinnahme bedeutet, eine Einnahme je Wirkstoff von mehr als 90 DDD (durchschnittliche Tagesdosen in den 270 Tagen) - mit Ausnahme der Wirkstoffe für die Behandlung von Asthma und Hypertonie, hier gilt die Grenze von mehr als 50 DDD - unter Berücksichtigung aller rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimitteln des Versicherten</p> <p>Die Dokumentation des Leistungsinhaltes erfolgt vorläufig über die übliche Befunddokumentation in der Arztpraxis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Kalenderjahr</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben 0003, also in den Fällen, in denen die Voraussetzungen für den Zuschlag P3 vorliegen</li> </ul>	<b>75,00 EUR</b>

		<p>Ab dem Zeitpunkt eines Evaluationskonzeptes erfolgt die Dokumentation für das arztübergreifende Medikationsmanagement („Medikations-Dokumentationsbogen“) elektronisch nach Anhang 5 zu Anlage 3. Der vollständig ausgefüllte Medikations-Dokumentationsbogen ist elektronisch zu Evaluations- und ggf. Prüfzwecken in der Patientenakte abzulegen. Sofern eine elektronische Speicherung in der Patientenakte nicht möglich ist, ist eine Kopie in der Patientenakte abzulegen und die Daten für eine Evaluation gesondert zur Verfügung zu stellen.</p>		
<b>Modul „Wundmanagement“</b>				
<b>Kleinchirurgische Eingriffe</b>	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>		<b>15,00 EUR/Leistung</b>
<b>Behandlungskomplex sekundär heilende Wunden</b>	2310	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abtragung von Nekrosen und/oder</li> <li>▪ Wunddebridement 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>	<b>22,00 EUR/Leistung</b>
<b>Behandlung diabetischer Fuß (02311)</b>	02311	Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog Qualitätsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrechenbar je Bein und je Sitzung</li> <li>▪ Nur bei vorliegender Genehmigung der KV Bayerns</li> </ul>	<b>15,00 EUR/Leistung</b>
<b>Modul „Onkologie“</b>				
<b>Kontaktabhängige Grundpauschale für die hausärztliche Betreuung onkologisch erkrankter Patienten</b>	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 die ersten vier nachfolgen-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Keine Vergütung der Grundpauschale 0000</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben der Palliativpauschale 0001 sowie dem Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand 0003</li> </ul>	<b>120,00 EUR/Quartal</b>

		<p>den 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. 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> <li>▪ Nicht abrechenbar, wenn der Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet</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>▪ Nur abrechenbar, wenn ein onkologischer Behandlungsfall vorliegt</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Nicht abrechenbar, wenn der Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet</li> </ul>	<b>15,00 EUR/Leistung</b>
<b>Modul „Geriatric“</b>				
<b>Hausärztlich-geriatriisches Basisassessment</b>	03360	<p>Erbringung der Leistung gemäß EBM GOP 03360 ab dem vollendeten 70. Lebensjahr. Bei Verdacht auf das Vorliegen der Erkrankungen aus folgenden Diagnosegruppen ist diese Altersbegrenzung aufgehoben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demenzerkrankungen (ICD F00-F02)</li> <li>- Alzheimer-Erkrankungen (ICD G30)</li> <li>- Parkinsonerkrankungen (ICD G 20.10, G 20.11, G 20.20, G 20.21, G 21.1 bis G 21.8)</li> <li>- Hirnorganische Wesensveränderung (ICD F04 - F07.-, F10.-, F20.- bis F25.- jeweils ohne -.9)</li> <li>- Irreversible Folgen schwerer internistischer Erkrankungen: Hirnblutung oder Apoplex mit ICD I69.0 bis I69.4, R47.0 und R47.1, Myokardinfarkt mit ICD I24.1, I25.3, I25.5</li> <li>- Multiple Sklerose mit ICD G35.0 bis G35.3)</li> <li>- Vorliegen eines Pflegegrades (ICD Z74.0-3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Kalenderjahr</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</li> <li>▪ Mind. 1 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal.</li> </ul>	<b>16,00 EUR/Leistung</b>

<p><b>Hausärztlich geriatrische Betreuung</b></p>	<p>03362</p>	<p>Untersuchung zur Feststellung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung geriatrispezifischer Syndrome gemäß EBM GOP 03362 ab dem vollendeten 70. Lebensjahr. Bei Vorliegen von Erkrankungen aus folgenden Diagnosegruppen ist diese Altersbegrenzung aufgehoben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demenzerkrankungen (ICD F00-F02)</li> <li>- Alzheimer-Erkrankung G30</li> <li>- Parkinsonerkrankungen (ICD G 20.10, G 20.11, G 20.20, G 20.21, G 21.1 bis G 21.8)</li> <li>- Hirnorganische Wesensveränderung (ICD F04 - F07.-, F10.-, F20.- bis F25.- jeweils ohne -.9)</li> <li>- Irreversible Folgen schwerer internistischer Erkrankungen: Hirnblutung oder Apoplex mit ICD I69.0 bis I69.4, R47.0 und R47.1, Myokardinfarkt mit ICD I24.1, I25.3, I25.5</li> <li>- Multiple Sklerose mit ICD G35.0 bis G35.3-)</li> <li>- Vorliegen eines Pflegegrades (ICD Z74.0-3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. 2 persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Abrechnungsquartal abrechenbar.</li> </ul>	<p><b>18,50 EUR/Leistung</b></p>
<p><b>Modul „Palliativ“</b></p>				
<p><b>Kontaktabhängige Pauschale 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 <b>Anlage 3</b> ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ein Patient mit einer weit fortgeschrittenen (progredienten) Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit ist, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden und psychologischen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Keine Vergütung der Grundpauschale 0000</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben der Onkologiepauschale 0002, dem Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand 0003</li> <li>▪ Nicht abrechenbar, wenn der HzV-Betreuarzt Leistungen der SAPV für den HzV-Patienten abrechnet</li> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. 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 Praxismitarbeiterin „VERAH“</b></p>				

<b>Besuch durch VERAH</b>	1417	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß P 3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten und Patienten mit geriatrischen und onkologischen Erkrankungen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 3 x pro Quartal</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Abrechenbar ab dem Quartal, das auf den Nachweis der VERAH gem. <b>Anhang 3</b> dieser <b>Anlage 3</b> folgt.</li> </ul>	<b>17,00 EUR/Leistung</b>
<b>Modul „Sonstige Leistungen“</b>				
<b>Wegepauschale (Zone A)</b>	4401	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Wegepauschale Zone A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch ein Besuch (1410) abgerechnet wird.</li> <li>▪ Die Wegepauschale Zone A ist nicht neben den Wegepauschalen Zone B und Zone C abrechenbar.</li> </ul>	<b>10,00 EUR/Leistung</b>
<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 (1410) abgerechnet wird.</li> <li>▪ Die Wegepauschale Zone B ist nicht neben den Wegepauschalen Zone A und Zone C abrechenbar.</li> </ul>	<b>15,00 EUR/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 (1410) abgerechnet wird.</li> <li>▪ Die Wegepauschale Zone C ist nicht neben den Wegepauschalen Zone A und Zone B abrechenbar.</li> </ul>	<b>17,50 EUR/Leistung</b>

Definition	Beschreibung
<b>Betreuarzt</b>	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HzV-Hausarzt.
<b>Vertreterarzt</b>	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.
<b>Stellvertreterarzt</b>	Ein Stellvertreterarzt ist ein Hausarzt, der als Praxispartner des Betreuertes innerhalb einer BAG/eines MVZ die Vertretung des Betreuertes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet, unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt.
<b>Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)</b>	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 Versor-</li> </ul>

	<p>gungszentren (MVZ) oder</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ MVZ untereinander</li></ul> <p>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).</p>
<b>EBM</b>	<p>Soweit in diesem HzV-Vertrag der Begriff EBM verwendet wird, bezieht sich dies auf den Stand EBM 01.04.2015.</p>