

**Anlage 3**

**Vergütung und Abrechnung**

**§ 1 HzV-Vergütungspositionen (Gültigkeit ab 01.01.2019)**

Leistung / Bezeichnung	Vorläu- fige Abr.- Pos. im AIS	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
<b>Pauschalen</b>				
<b>Strukturpau- schale P1 a Für Techni- kausstattung 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 artzübergreifenden 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> <li>- Durchführung des Ultraschallscreenings auf abdominelle Bauchaaortenaneurysmen</li> <li>- Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen</li> <li>- Hautkrebsscreening</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	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Tag</li> <li>▪ Die Wegepauschale ist</li> </ul>	<b>11,50 EUR</b>

		(z.B. Familie)	<p>nicht gleichzeitig abrechenbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht am selben Tag wie VP, BE, MB abrechenbar</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	
<b>Modul „Einzelleistungen zu Unzeit“</b>				
<b>Inanspruchnahme zur Unzeit</b>	01100.2	<p>Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten:</p> <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	<p>Leistung wie bei Besuch, jedoch zu folgenden Zeiten</p> <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 Ab-</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>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet.</li> </ul>	<b>46,75 EUR/Leistung</b>

		<p>schnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung ab dem Alter von 50 Jahren, sofern der Patient durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> <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>Beratung zum Ultraschall-screening auf abdominale Bauchaortenaneurysmen</b>	1791A	<p>Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL)</p> <p>Ausgabe der Versicherteninformation nach § 3 der US-BAA-RL</p> <p>Aufklärung des Patienten über die einmalige abdominale Ultraschalluntersuchung.</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> </ol>	<p>Abrechenbar einmalig jeweils für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Männer ab dem 65. Lebensjahr</li> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</li> <li>▪ Nicht abrechenbar, sofern 1791C bereits erbracht und abgerechnet wurde</li> </ul>	<b>6,00 EUR</b>

		4. Veranlasste Intervention.		
<b>Durchführung des Ultraschallscreenings auf abdominale Bauchortenaneurysmen</b>	1791B	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sonographische Untersuchung der Bauchorta gemäß § 4 US-BAA-RL</li> <li>▪ Aufklärung und Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten bei auffälligem Befund</li> </ul>	<p>Abrechenbar einmalig jeweils für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Männer ab dem 65. Lebensjahr</li> <li>▪ Voraussetzung: Nachweis einer Genehmigung der KVB für den Anwendungsbereich Abdomen und Retroperitoneum nach der Ultraschall-Vereinbarung und Dokumentation</li> <li>▪ Die Leistung ist nur durch den Betreuarzt bzw. im Rahmen eines Zielauftrages abrechenbar</li> <li>▪ Nicht abrechenbar, sofern 1791C bereits erbracht und abgerechnet wurde</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben 33042</li> </ul>	<b>15,77 EUR</b>
<b>Ultraschallscreenings auf abdominale Bauchortenaneurysmen</b>	1791C	<p>Aufklärung des Patienten, Erbringung einer einmaligen abdominalen Ultraschalluntersuchung mittels B-mode-Sonographie und Dokumentation der Ergebnisse analog der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen (US-BAA-RL).</p> <p>Die Dokumentation erfolgt 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>Abrechenbar einmalig jeweils altersunabhängig bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frauen und Männern mit aneurysma-assoziierten Todesfällen in der Familienanamnese</li> <li>▪ Voraussetzung: Nachweis einer Genehmigung der KVB für den Anwendungsbereich Abdomen und Retroperitoneum nach der Ultraschall-Vereinbarung und Dokumentation</li> <li>▪ Die Leistung ist nur durch den Betreuarzt bzw. im Rahmen eines Zielauftrages abrechenbar</li> <li>▪ Nicht abrechenbar, sofern 1791A und 1791B bereits erbracht und abgerechnet wurden</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben 33042 und 33042A</li> </ul>	<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 01745 gem. EBM).</p> <p>Dokumentation gemäß Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 19. Lebensjahr an vergütet.</li> <li>▪ Nur durch den Betreuarzt bzw. im Rahmen eines Zielauftrages abrechenbar</li> <li>▪ Eine Abrechnung neben der</li> </ul>	<b>25,00 EUR/Leistung</b>

		Richtlinien.	Gesundheitsuntersuchung nach 01732 ist im gleichen Quartal nicht zulässig.	
<b>Zuschlag HKS (GU 35 plus)</b>	01746	Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung (GOP 01746 gem. EBM)  Dokumentation gemäß Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	<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>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</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>▪ Nur durch den Betreuarzt bzw. im Rahmen eines Zielauftrages 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>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</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> <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 „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>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>
<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 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulleistungsstörungen wie z.B. Lese-Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen,</li> <li>▪ Störungen der motorischen Ent-</li> </ul>	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten im 7. bis 8. Lebensjahr vergütet.	<b>36,00 EUR/Leistung</b>



		wicklung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen (z.B. ADHS)</li> </ul>		
<b>Untersuchung 9. bis 10. Lebensjahr (U 11)</b>	1726	Erbringung der Leistung U 11 Erkennen und Behandlungseinleitung von umschriebenen Entwicklungsstörungen: <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	Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720	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	Erbringung der Leistung J2 Erkennen und Behandlungseinleitung von: <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 im 17. und 18. Lebensjahr vergütet.	<b>36,00 EUR/Leistung</b>
<b>Besuch i.R.d. Kinderfrüherkennung 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>	89100A ff.	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)		
<b>Modul „Diagnostik und spezielle Therapieleistungen“</b>				
<b>Belastungs-EKG</b>	03321	Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM		<b>25,00 EUR</b>
<b>Sonografie Schilddrüse</b>	33012	Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM		<b>11,50 EUR</b>
<b>Sonografie Abdomen</b>	33042	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 3 x pro Quartal abrechenbar</li> <li>▪ Max. 2 x pro Quartal abrechenbar, sofern im selben Quartal 33042A erbracht</li> </ul>	<b>18,00 EUR</b>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>und abgerechnet wurde</li> <li>▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 1791B oder 1791C</li> </ul>	
<b>Sonografie Abdomen neben der Durchführung des Ultraschall-screenings auf abdominale Bauchaaortenaneurysmen</b>	33042A	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualitätsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur am selben Tag abrechenbar wie 1791B</li> </ul>	<b>8,52 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x im Krankheitsfall</li> </ul>	<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	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 10 x mit besonderer Begründung max. 15 x je dokumentierter Indikation im Krankheitsfall</li> </ul>	<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 mindestens 14 Ableitungsstellen analog Qualifikationsdefinition im EBM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 2 x pro Quartal</li> </ul>	<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 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 Die Kriterien sind: In den letzten 9 Monaten vor dem Abrechnungsquartal - wurden mindestens 4 verschiedene verschreibungspflichtige Wirkstoffe dauerhaft eingenommen und - vom Hausarzt oder Facharzt zu Lasten der AOK Bayern verordnet. 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</li> </ul>	<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> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> </ul>	<b>75,00 EUR</b>

		<p>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> <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 und/oder</li> <li>▪ Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtampnade 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> <li>▪ nur abrechenbar bei Vorlie-</li> </ul>	<b>15,00 EUR/Leistung</b>

			gen einer Diabetesdiagnose mit der Komplikation diabetisches Fußsyndrom und einer behandlungsbedürftigen Wunde am Fuß. Dokumentation des Vorliegens durch Übermittlung der entsprechenden gesicherten endstelligen Diagnose entsprechend Anhang 2.1 zu Anlage 3	
<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 nachfolgenden Quartale oder</li> <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>▪ 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> <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>120,00 EUR/ Quartal</b>
<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	Erbringung der Leistung gemäß EBM GOP 03360 ab dem vollendeten 70. Lebensjahr. Bei Verdacht auf das Vorliegen der Erkrankungen aus der entsprechenden Diagnosegruppe aus Anhang 2.1 zu Anlage 3 ist diese Altersbegrenzung aufgehoben	<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>
<b>Hausärztlich geriatriische</b>	03362	Untersuchung zur Feststellung und Durchführung therapeutischer Maß-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> </ul>	<b>18,50 EUR/</b>

<b>Betreuung</b>		nahmen zur Behandlung geriatrischer Syndrome gemäß EBM GOP 03362 ab dem vollendeten 70. Lebensjahr. Bei Vorliegen von Erkrankungen aus der entsprechenden Diagnosegruppe aus Anhang 2.1 zu Anlage 3 ist diese Altersbegrenzung aufgehoben	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet</li> <li>▪ Nur für Patienten mit mind. 2 persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten im Abrechnungsquartal abrechenbar.</li> </ul>	<b>Leistung</b>
<b>Modul „Palliativ“</b>				
<b>Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten für die ersten 5 Quartale</b>	0001	<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 für max. 5 Quartale ab Diagnosesicherung mittels ICD Z51.5</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>Nur abrechenbar, wenn die gesicherte Diagnose Z51.5 übermittelt wird</p>	<b>120,00 EUR</b>
<b>Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten nach dem 5. Quartal</b>	0001A 0001B 0001C 0001D 0001E 0001F	Längere Betreuung eines Patienten mit einer Palliativkrankung nach dem 5. Quartal gem. Definition WHO (s. GOP 0001).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Max. 1 x pro Quartal</li> <li>▪ Nur GOP 0001A oder 0001B oder 0001C oder 0001D oder 0001E oder 0001F je Quartal abrechenbar</li> <li>▪ Nicht abrechenbar neben der Palliativpauschale 0001</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-</li> </ul>	<b>120,00 EUR</b>

			<p>Patienten abrechnet</p> <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>▪ Nur abrechenbar, wenn neben der gesicherten Diagnose Z51.5 zusätzlich die Dokumentation gemäß Anhang 2.1 zu Anlage 3 übermittelt wird</li> </ul>	
<b>Modul Leistungen der qualifizierten Praxismitarbeiterin „VERAH“</b>				
<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 Zo-</li> </ul>	<b>17,50 EUR/Leistung</b>

			ne B abrechenbar.	
--	--	--	-------------------	--

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 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.
<b>Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)</b>	<p>Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind gemäß § 1a Ziffer 12 BMV-Ä rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von</p> <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> <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>	Soweit in diesem HzV-Vertrag der Begriff EBM verwendet wird, bezieht sich dies auf den Stand EBM 01.04.2015.