

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1

HzV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** (HzV-Ziffernkranz) in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende HzV-Vergütung:

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, das Folgende:

Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar.

- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Hausarzt und pro HzV-Versicherten abrechenbar.
- Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro Hausarzt und pro HzV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

Leistung / Bezeichnung	Abr.-Pos. AIS	Leistungsinhalt	Abrechnungsregeln	Betrag
Pauschalen				
Altersgestaffelte Kontaktabhängige Pauschale (Grundpauschale) Altersstufe A: 0-5, Altersstufe B: 6-59, Altersstufe C: > 60	0000	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 (HzV-Ziffernkranz“) zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung ▪ Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 5 und 6 des HzV-Vertrages ▪ Weitergabe von Informationsmaterial, z.B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen der BKK 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	GP A: 40 EUR GP B: 34 EUR GP C: 47 EUR

Kontaktabhängige Vertreterpauschale	0004	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Vertreterarzt vergütet 	20,00 EUR
Zielauftragspauschale	0005	<p>Verwaltungspauschale im Zusammenhang mit der Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung</p> <p>Als Zielauftrag kann durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufzeichnung Langzeit-EKG - Langzeit-RR - Belastungs-EKG - Sonografie Abdomen - Sonografie Schilddrüse - CW-Doppler-Sonografie der Extremitätenversorgenden u./o. extrakraniellen Gefäße - Hautkrebsscreening 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar ▪ zusätzlich ist die im Zielauftrag definierte Einzelleistung abrechenbar ▪ Jede Einzelleistung max. 1 x pro Quartal zuzüglich abrechenbar ▪ Zielauftrag innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Min. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	5,00 EUR
Zielauftragspauschale DSP	0005D	<p>Speziell auf die Bedürfnisse von Diabetikern abgestimmte Versorgung für HzV-Versicherte, die bei einem anderen Betreuarzt eingeschrieben sind und bei denen eine gesicherte Diabetesdiagnose vorliegt;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ durch diabetologisch besonders qualifizierte Hausärzte in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis (gemäß Definition des Vertrags zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms gem. § 137 f SGB V in der jeweils aktuellen Fassung) im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der RSAV für die Mitbehandlung von Diabetikern ▪ ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal ▪ Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale 0005/ Vertreterpauschale abrechenbar ▪ Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die DSP ist durch den in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis tätigen diabetologisch besonders qualifizierten HAUSARZT nur bei einer Überweisung durch den Betreuarzt abrechenbar 	25,00 EUR

		aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur abrechenbar, wenn Qualifikation „diabetologische Schwerpunktpraxis“ vorliegt ▪ Die DSP ist nicht abrechenbar für eigene HzV-Versicherte 	
Modul Einzelleistungen Unzeit				
Inanspruchnahme zur Unzeit	01100	Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM): <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder ▪ an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 – 19:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	25,00 EUR
Inanspruchnahme zur Unzeit	01101	Inanspruchnahme (auch telefonisch) zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM): <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 7:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit Zielauftrag abrechenbar ▪ Kann in zu begründeten Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden 	40,00 EUR
Ungeplanter eiliger Besuch	1419 (DB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines Kranken zu begeben. ▪ angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, auch aus der Sprechstunde heraus ▪ Begleitung Krankentransport Liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundsätzlich nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar ▪ Maximal abrechenbar in Höhe von 10% der Anzahl abgerechneter Besuche und Heimbefuche des Betreuarztes und weiterer Mitglieder der BAG im Quartal ▪ Nicht abrechenbar in Zeiten des durch die KV Bayerns organisierten Bereitschaftsdienstes. Maßgeblich sind die Zeiten der aktuellen Bereitschaftsdienstordnung. 	70,00 EUR

Modul Regelhafte Besuchstätigkeit				
Besuch	1410 (BE)	<p>Geplante Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben.</p> <p>Liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)</p>		30,00 EUR
Mitbesuch	1413 (MB)	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Tag ▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung „Mitbesuch“ abrechenbar. ▪ Nicht am selben Tag wie VP, BE, HB, BEV abrechenbar ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	7,54 EUR
Modul „Shared-Decision-Making“				
Einsatz von arriba	3101	Behandlung eines Patienten im Shared-Decision-Making-Verfahren unter Einsatz eines der in Anhang 2 zur Anlage 3 aufgeführten arriba-Module	<ul style="list-style-type: none"> ▪ max. 2 x im Kalenderjahr ▪ 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis des Vorhandenseins der entsprechend der in Anhang 2 zur Anlage 3 aufgeführten krankheitsspezifischen arriba-Module per Selbstauskunft ▪ Absolvierung einer arriba-Schulung ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ nicht neben der 3101N abrechenbar 	15,00 EUR
Nachsorgekontrolle bei positivem Befund	3101N	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Folgequartal nach dem Einsatz von arriba ▪ nicht im selben Quartal neben dem Einsatz von arriba abrechenbar (3101) 	30,00 EUR

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue ▪ Bei positivem Befund aus der o.g. Behandlung unter Einsatz des arriba-Moduls Depression, soweit die Depression bisher noch nicht bekannt war. Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Depression nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat. ▪ Dokumentiert durch eine gesicherte spezifische Depressionsdiagnose F32.0-F32.3, F33.0-F33.4 	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	
Modul Einzelleistungen Prävention Plus				
Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening	01732 (GU35)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb zwei Kalenderjahre ▪ Anamnese unter Berücksichtigung des häuslichen, familiären und beruflichen Umfeldes ▪ Medikamentenanamnese einschl. evtl. Neudokumentation der Medikation ▪ Ggf. Umstellung der Medikation auf der Grundlage der Vereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen ▪ Überprüfung des Impfstatus einschl. der Organisation der Durchführung von fehlenden Impfungen ▪ Ganzkörperstatus einschl. Dokumentation ▪ Laboruntersuchung zur Ermittlung des Risikos für Diabetes, KHK, Nierenerkrankungen (Nüchtern-Blutzucker, Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Kreatinin, Harnsäure) ▪ Urinuntersuchung mittels Streifenfest ▪ Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüher- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ Sie ist auch am gleichen Tag abrechenbar wie die Leistung „Hautkrebsscreening“ HKS. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Einschließlich Eintragung ins Bonusheft 	35,00 EUR/Leistung

		<p>kennungs-Richtlinie, inkl. Beratung ab dem Alter von 50 Jahren, sofern der HzV-Versicherte durch Abgabe der Stuhlprobe mitwirkt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besprechung der Ergebnisse mit dem Patienten und gemeinsame Entscheidung über eine Verminderung des Risikoprofils unter Berücksichtigung von Nikotinmissbrauch, Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Bewegung mit dem Ziel einer Änderung der Lebensgewohnheiten 		
Zuschlag zur 01732 (GU35) ab dem 46. Lebensjahr	1790 (ZGU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms ▪ Erhebung des individuellen Risikos für KHK (anerkannter geeigneter Risiko—Score, z.B. Procam oder Arriba), ggf. mit Knöchel-Arm-Index, Osteoporose und (familiären) Darmkrebs (Fragebogen) sowie Beratung zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung, insbes. bei familiärer Vorerkrankung bzw. analog Leistungsdefinition in den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur abrechenbar zusammen mit GU35 ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr vom 46. Lebensjahr an vergütet ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Einschließlich Eintragung ins Bonusheft 	10,00 EUR/ Leistung
Hautkrebsscreening	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"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ VP ist daneben nicht abrechenbar. 	21,20 EUR/ Leistung
Zuschlag HKS zur 01732 (GU35)	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 01745 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird jedes zweite Kalenderjahr je HzV-Versicherten vom 36. Lebensjahr an vergütet. ▪ Sie ist am gleichen Tag abrechenbar wie GU35. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	16,82 EUR/ Leistung
Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer	01731	<p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je männlichen HzV-Versicherten ab dem Alter von 45 Jahren vergütet. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	14,19 EUR/ Leistung

Stuhltest im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung	01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Abschnitt D. III der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, inkl. Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung wird einmal im Kalenderjahr je HzV-Versichertem ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollen- dung des 55. Lebensjahres vergütet. ▪ Versicherte ab dem Alter von 55 Jahren, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Tests auf occultes Blut im Stuhl. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Nicht im selben Kalenderjahr abrechenbar, in dem die Gesundheitsuntersuchung 01732 abgerechnet wird. 	6,00 EUR/ Leistung
Neugeborenen-Screening	01707	Erbringung der Leistung „Neugeborenen-screening analog Qualifikationsdefinition im EBM 01707 und der Kinder-Richtlinien des GBA	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	14,22 EUR/ Leistung
Neugeborenenenerstuntersuchung (U 1)	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.	13,27 EUR/ Leistung
Neugeborenenbasisuntersuchung (U 2)	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.	42,23 EUR/ Leistung
Untersuchung 4. bis 6. Lebenswoche (U 3)	01713	Erbringung der Leistung U 3 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01713	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	42,23 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.	42,23 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.	42,23 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.	42,23 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.	42,23 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.	42,23 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.	42,23 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.	42,23 EUR/Leistung
Jugendgesundheitsuntersuchung 13. bis 15. Lebensjahr (J 1)	01720	Erbringung der Leistung J 1 analog Qualifikationsdefinition im EBM 01720	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten entsprechend den zeitlichen Eingrenzungen der Kinder-RL vergütet.	37,38 EUR/Leistung
Jugendgesundheitsuntersuchung 17. bis 18. Lebensjahr (J 2)	1724 (J2)	Erbringung der Leistung J2 Erkennen und Behandlungseinleitung von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pubertäts- und Sexualitätsstörungen ▪ Haltungsstörungen ▪ Kropfbildung ▪ Diabetes-Vorsorge ▪ Sozialisations- und Verhaltensstörungen Begleitende Beratung bei der Berufswahl.	Die Leistung wird einmalig je HzV-Versicherten zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr vergütet.	37,38 EUR/Leistung

Impfungen	89100A ff.	Siehe Regelungen § 3 Punkt 6		
Einzelleistungen "Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen"				
Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie				
LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)	3001	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ ▪ Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben ▪ Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3001N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (LUTS)	3001N	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie ▪ Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue ▪ Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung Angabe einer gesicherten Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung LUTS (3001) ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung LUTS abrechenbar (3001) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR
pAVK	3003	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“ ▪ Eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI) ▪ Versicherte über 65 mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose (ICD I70.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Kalenderjahr ▪ nicht im selben Quartal neben der Nachsorgekontrolle abrechenbar (3003N) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR

<p>Nachsorgekontrolle bei positivem Befund (pAVK)</p>	<p>3003N</p>	<p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei diabetischer Grunderkrankung I70.2- und E1*.5- oder E1*.7- • bei hypertensiver Grunderkrankung I70.2- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal ▪ Bis zu 2 x innerhalb der 4 Quartale nach Durchführung der Früherkennungsuntersuchung pAVK (3003) ▪ nicht im selben Quartal neben der Früherkennungsuntersuchung pAVK abrechenbar (3003) <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>15,00 EUR</p>
<p>Modul „ambulant-stationäres Schnittstellenmanagement“</p>				
<p>Postoperative hausärztliche Betreuung</p>	<p>2005 (PB5)</p>	<p>Nach ambulant oder stationär durchgeführter Operation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung der postoperativen Behandlungsmaßnahmen ▪ Ggf. Koordination der Nachuntersuchungen ▪ Erläuterung/ Bewertung des Arztbriefes mit Umsetzung der klinischen Therapieempfehlung in die regionalen Therapiemöglichkeiten ▪ Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen ▪ Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten ▪ Überprüfung der empfohlenen Arzneimittelverordnungen unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der Notwendigkeit und Kompatibilität mit der vorbestehenden Medikation ▪ Beurteilung und Ersteinleitung von Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend der Heilmittelrichtlinien, sofern nicht andere Kostenträger zuständig sind (Rentenversicherung, BG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung ist abrechenbar nach jedem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde oder nach jeder ambulant durchgeführten Operation sowie nach einer stationären Anschlussheilbehandlung nach einer vorherigen Operation ggf. auch mehrfach im Quartal abrechenbar, sofern der Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach dem stationären Aufenthalt, bei dem eine Operation durchgeführt wurde, der ambulant durchgeführten Operation bzw. der stationären Anschlussheilbehandlung erfolgt ist. ▪ Die Leistung ist <u>nicht</u> nach einer ambulanten / stationären Rehabilitationsmaßnahme abrechenbar. ▪ Die postoperative hausärztliche Betreuung ist pro durchgeführter Operation nur einmal abrechenbar. 	<p>30,00 EUR/Leistung</p>

Modul Einzelleistungen				
Belastungs-EKG	03321	Erbringung der Leistung „Belastungs-EKG“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Max. 1 x pro Quartal abrechenbar	23,00 EUR
Langzeit-EKG	03322	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Max. 1 x pro Quartal abrechenbar	8,00 EUR
Langzeit-RR	03324	Erbringung der Leistung analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Max. 1 x pro Quartal abrechenbar	8,00 EUR
CRP-Schnelltest zur Prüfung einer Antibiotikaverordnung	32460	Durchführung eines quantitativen CRP-Schnelltests zur Bestimmung der Therapie: - eines oberen Atemwegsinfektes und/oder - eines unteren Atemwegsinfektes und/oder - einer Otitis media. Kurze Erörterung des Ergebnisses mit dem Patienten.		7,00 EUR
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110 ▪ Max. abrechenbar in Höhe von 25% der Anzahl abgerechneter GOP 35100 und 35110 je GP einer BSNR im Quartal 	20,00 EUR
Verbale Intervention bei psycho-somatischen Krankheitszuständen	35110	Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ Max. 3 x am Tag ▪ Max. abrechenbar in Höhe von 25% der Anzahl abgerechneter GOP 35100 und 35110 je GP einer BSNR im Quartal 	20,00 EUR
Sonografie Abdomen	33042	Erbringung der Leistung „Sonografie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)	Max. 2 x pro Quartal abrechenbar	21,00 EUR
Sonografie Schilddrüse	33012	Erbringung der Leistung „Sonografie der Schilddrüse“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		11,00 EUR
Unidirektionaler Doppler	2000 (STD)	Erbringung der Leistung dopplersonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	Max. 1 x pro Quartal abrechenbar	8,00 EUR

CW-Doppler-Sonographie extremitäten-versorgender Gefäße	33061	Sonographische Untersuchung der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität	Nicht abrechenbar neben 2000 (STD)	14,00 EUR
CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	33060	Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales mittels CW-/PW-Doppler-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen	Nicht abrechenbar neben 2000 (STD)	36,00 EUR
Chirotherapie an der Wirbelsäule	30201	Erbringung der Leistung „Chirotherapie“ analog Qualifikationsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		7,00 EUR
Körperakupunktur	30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gem. EBM 30790		46,61 EUR
Körperakupunktur	30791	Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gem. EBM 30791		21,03 EUR
Hyposensibilisierung	30130	Erbringung der Leistung „Hyposensibilisierungsbehandlung“ gem. EBM 30130		9,29 EUR
Versorgung chronischer Wunden 02310	02310	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)“ gem. EBM 02310	Max. 1 x pro Quartal	20,33 EUR
Versorgung chronischer Wunden 02311	02311	Erbringung der Leistung „Behandlung diabetischer Fuß“ analog Leistungsbeschreibung gem. EBM 02311	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechenbar je Bein und je Sitzung ▪ Nur bei vorliegender Genehmigung der KVB 	13,84 EUR
Versorgung chronischer Wunden 02312	02312	Erbringung der Leistung „Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris“ analog Leistungsbeschreibung gem. EBM 02112	Abrechenbar je Bein und je Sitzung	11,04 EUR
Verordnung medizinischer Reha	01611	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Reha“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		30,00 EUR
Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter	01624	Erbringung der Leistung „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter“ analog Leistungsdefinition im EBM (vgl. Anhang 1)		22,73 EUR

Modul hausärztliche Betreuung für chronisch bzw. multimorbid Kranke				
<p>P3</p> <p>Besondere Betreuungspauschale für die Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung bei kontinuierlichem Betreuungsaufwand</p>	<p>0003</p>	<p>Betreuung/Behandlung eines Patienten mit chronischer Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlegende Betreuungs- und Behandlungsleistungen, z.B. Erbringung von Laborleistungen, Besprechung von Laborergebnissen, Erstellung und Versand von Arztbriefen, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Ermittlung der psychosozialen Situation, Prüfung des Versichertenbedarfs hinsichtlich Motivation zur Bewegung bzw. einer Präventionsempfehlung/-verordnung, Prüfung der Einschreibung in DMP ▪ Kontrolle und Begleitung der Arzneimitteltherapie: Erstellung und ggf. Pflege des Medikationsplans nach Ergänzung/Reduktion von Medikamenten nach Verordnung anderer Ärzte (Fachärzte) bzw. Selbstmedikation mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln sowie Aushändigung des Medikationsplans in einer zum Zeitpunkt gültigen Form an den Patienten oder dessen Bezugsperson sowie Beratung über Besonderheiten der Medikamenteneinnahme (Schlucken von Kapseln, Einnahme nüchtern oder bspw. zum Essen, Einnahmeintervalle etc.) ▪ Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen, z.B. psychosoziale Unterstützung, fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung durch den Hausarzt. ▪ Einbeziehung von sekundärer, tertiärer und quartärer Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Mindestens ein HAUS- ARZT-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal 	<p>22,00 EUR</p>

Modul hausärztliche Betreuung geriatrischer Patienten

<p>Kooperations- und Koordinationspauschale Pflegeheim</p>	<p>0008K</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontinuierliche hausärztliche Betreuung von Bewohnern in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal, wenn der Arzt einen Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V mit einer stationären Pflegeeinrichtung abgeschlossen hat ▪ Erstellung/Überprüfung eines geriatrischen Notfallplans unter Verwendung des Formulars „Notfallplan geriatrischer Patient“ zur Sicherstellung ausreichender Informationen für Vertretungsärzte oder Notfallbehandlungen ▪ Koordination notwendiger Facharztbehandlung und weiterer therapeutischer Maßnahmen inkl. entspr. Kommunikation unter Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses ▪ Kommunikation mit Angehörigen (ggf. Betreuern) ▪ Bei Bedarf patientenorientierte Fallbesprechung mit der Pflegeeinrichtung und dem pflegerischen Team unter Beteiligung weiterer notwendiger ärztlicher Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe und Therapeuten (Mindestteilnehmer: HAUSARZT, weiterer Facharzt, Pflegepersonal) ▪ Bei Bedarf Leistungserbringung gemäß GOP 37400 unter Teilnahme z.B. an einem vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Beratungsgespräch bzw. Fallbesprechung gemäß der Vereinbarung nach §132g Abs. 3 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal abrechenbar ▪ Abrechenbar je HZV-Versichertem in einem beschützenden Wohnheim bzw. Einrichtung bzw. einem Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durch den HAUSARZT ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft unter Angabe des IKs des Pflegeheims über Vorliegen des Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V mit dem entsprechenden Alten-/ Pflegeheim bzw. der entsprechenden Einrichtung, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt ▪ Dokumentation des IKs der jeweiligen Einrichtung in der Vertragssoftware ▪ Vergütung erstmalig ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von Heim-/ Mitbesuchen in mind. 2 Quartalen im Kalenderjahr ▪ Bei 2 oder weniger abgerechneten Kooperations- und Koordinationspauschalen im Kalenderjahr Durchführung mind. eines Heim-/ Mitbesuchs ▪ Sofern in Einzelfällen im Quartal kein Heim-/ Mitbesuch stattfinden kann, ist eine Abrechnung nur zulässig, sofern ein mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. 	<p>55,00 EUR</p>
---	--------------	---	---	-------------------------

<p>Sprechstunde Pflegeheim außer- halb der regulären Sprechzeiten vor Wochenenden / Feiertagen</p>	<p>0008S</p>	<p>Situative telefonische oder teleme- dizinischen Fallbesprechung für den individuellen HzV-Versicherten außerhalb der regulären Praxisöff- nungszeiten vor Wochenenden und Feiertagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal abre- chenbar ▪ Abrechenbar je HzV-Versi- chertem in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrich- tungen bzw. Pflege- oder Al- tenheimen mit Pflegeperso- nal durch den HAUSARZT ▪ Nicht am selben Tag neben 01100/01101 abrechenbar ▪ Vorlage einer verbindlichen Selbstauskunft unter An- gabe des IKs des Pflege- heims über Vorliegen des Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V mit dem ent- sprechenden Alten-/ Pflege- heim bzw. der entsprechen- den Einrichtung, der die An- forderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag- Ärzte (BMV-Ä) erfüllt ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet 	<p>10,00 EUR</p>
<p>Heimbesuch</p>	<p>1418 (HB)</p>	<p>Geplante Ärztliche Inanspruch- nahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich in ein Alten- und/oder Pflege- heim zur Behandlung eines HzV- Versicherten zu begeben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistung ist nicht am gleichen Tag wie BE abre- chenbar. ▪ Bei Versorgung mehrerer HzV-Versicherter der bei- getretenen BKKen auf einer Station gilt die Bayernrege- lung bezüglich der Abrech- nung der Besuchsleistung ▪ Die Wegepauschale ist nicht im Zusammenhang mit der Erbringung der Lei- stung „Heimbesuch“ abre- chenbar. ▪ Max. 10 x pro Quartal ▪ Die Leistung ist für einen HzV-Versicherten nur ein- mal pro Tag abrechenbar. ▪ Die Leistung ist max. für die Dauer von einem Quartal im selben Quartal neben regel- haften Besuchen (1410) im gleichen Quartal abrechen- bar. ▪ Besuche im Rahmen einer Kurzzeitpflege sind nicht als Heimbesuch, sondern als regelhafter Besuch (1410) ab zu rechnen. 	<p>18,00 EUR / Leistung</p>

Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	03240	Erbringung der Leistung gem. EBM (GOP 03240) einschließlich Testverfahren bei Verdacht auf Demenzerkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal abrechenbar für Versicherte vom 61. Lebensjahr an ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	17,00 EUR / Leistung
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungs-komplex	03362	<p>Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stuhl- und/oder Harninkontinenz ▪ Sturz, lokomotorische Probleme (z. B. Schwindel, Gangunsicherheit) ▪ Frailty-Syndrom ▪ Immobilität und verzögerte Remobilität ▪ Hemiplegiesyndrom ▪ Kognitive und neuropsychologische Störungen einschließlich Depression und Demenz ▪ Metabolische Instabilität 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal abrechenbar für Versicherte ab dem vollendeten 70. Lebensjahr an oder ▪ bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. 	16,33 EUR / Leistung
Modul hausärztliche Betreuung für Palliativpatienten				
Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten	0001	<p>Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung analog Definition des EBM 3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung, Präambel, Absatz 1:</p> <p>Palliativleistungen im Sinne dieser Anlage 3 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal für max. 8 Quartale pro HzV-Teilnehmer ▪ nicht abrechenbar neben 0000 (GP) und 0003 (P3.1-3.3) ▪ nicht für HzV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nur im Zusammenhang mit einer dokumentierten Palliativbetreuung (ICD Z51.5 G) abrechenbar 	120,00 EUR

		behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.		
Rufbereitschaft am Lebensende	3730	<p>Intensive Betreuung sterbender Patienten in den letzten Tagen / wenigen Wochen vor dem Tod</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonische Erreichbarkeit an sieben Tagen pro Woche jeweils 24 Stunden ▪ Erstellung eines Behandlungsplans zur Symptomkontrolle und eines Notfallplans zum Verbleib beim Patienten ▪ Herstellen eines Behandlungsnetzwerks mit mindestens zusätzlicher Hospizbegleitung bzw. Pallcare-Fachkraft ▪ Sicherstellung der Gabe von Bedarfsmedikation auch auf telefonische Angabe (durch Angehörige, Pflege, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Leben für max. 5 aufeinander folgende Wochen (<i>muss wöchentlich mittels Ziffer 3730, 3730B, 3730C, 3730D, 3730E dokumentiert werden</i>) ▪ Nur abrechenbar für Palliativpatienten mit der Diagnose Z51.5 G ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Nur für Patienten mit mind. einem Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Nur abrechenbar bei Vorliegen der KV-Genehmigung, Nachweis über Teilnahme „Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte (40 Stunden)“ (Nachreichfrist für den Nachweis bis 30.06.2020) 	75,00 EUR / Woche
Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten	1490 (ZBE)	Liegt vor bei einem Besuch des HAUSARZTES bei einem Palliativpatienten.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 10 x pro Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet. ▪ Abrechenbar neben den Leistungen BE, DB, HB ▪ nicht für HzV-Patienten abrechenbar, bei denen der Betreuarzt bereits Honorar für seine SAPV-Betreuung als SAPV-Arzt erhält 	20,00 EUR/ Leistung

Modul Gerinnungsmanagement				
<p>Pauschale bei einer Neueinstellung von Patienten auf dauerhafte Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten</p>	0007A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neueinstellung eines Patienten gem. Einschlusskriterien nach Anhang 5 Anlage 3 auf eine dauerhafte VKA-Therapie ▪ Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen sowie Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen ▪ Ernährungsberatung (Vitamin K) ▪ Ausstellung und Erläuterung der Handhabung des Therapiepasses ▪ Ggf. Koordination und Durchführen der Umstellungsmaßnahmen „Bridging“ im Rahmen von operativen oder sonstigen Eingriffen, die eine zeitweise Unterbrechung der Einnahme der OAK erfordern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal für max. vier aufeinanderfolgende Quartale <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht neben 0007B ▪ gilt nur bei OAK vom Typ der Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon, Warfarin) ▪ keine VKA-Verordnung in den letzten vier Vorquartalen vor Abrechnungsquartal ▪ Verordnung von VKA nicht taggleich erforderlich ▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet 	30,00 EUR
<p>Pauschale für den Mehraufwand bei bestehender dauerhafter Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten</p>	0007B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dauerhafte Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten eines Patienten gem. Einschlusskriterien nach Anhang 5 Anlage 3: ▪ Regelmäßige Überwachung des INR (mindestens 3 x pro Quartal) inkl. ggf. erforderlicher Dosisanpassungen der OAK ▪ Führen des Therapiepasses ▪ Aufklärung des Patienten über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen sowie Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen ▪ Ernährungsberatung (Vitamin K) ▪ Ggf. Koordination und Durchführen der Umstellungsmaßnahmen „Bridging“ im Rahmen von operativen oder sonstigen Eingriffen, die eine zeitweise Unterbrechung der Einnahme der OAK erfordern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal <p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht neben 0007A ▪ gilt nur bei OAK vom Typ der Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon, Warfarin) ▪ abrechenbar, wenn in den letzten vier Vorquartalen vor Abrechnungsquartal Verordnung von ausschließlich und mindestens einmal VKA und keine DOAK/NOAK ▪ Verordnung von VKA nicht taggleich erforderlich ▪ Nicht abrechenbar bei der Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung durch den Patienten ▪ Nicht abrechenbar wenn eine dauerhafte Umstellung auf DOAK/NOAK durch Betreuarzt erfolgt ▪ mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt ▪ wird nur dem Betreuarzt vergütet 	15,00 EUR

Modul Rationale Pharmakotherapie				
Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie auf jede altersgestaffelte kontaktabhängige Pauschale (GP A – C)		Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal ▪ Zuschlag auf jede vergütete kontaktabhängige Pauschale, sofern die in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind. ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Zuschlag wird automatisch vom Rechenzentrum hinzugefügt 	4,00 EUR
Modul Leistungen der qualifizierten Praxismitarbeiterin „VERAH“				
Zuschlag VERAH auf P3		Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P3 (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr). ▪ Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden im Anhang 3 zu dieser Anlage 3 geregelt. <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des Betreuarztes verfügt über die Qualifikation VERAH ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Quartal 	5,00 EUR
Besuch durch VERAH	1417 (BEV)	Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß P3.1, P3.2, P3.3, 0001.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 3 x pro Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ Abrechenbar ab dem Quartal, das auf den Nachweis der VERAH gem. Anhang 3 dieser Anlage 3 folgt. 	15,00 EUR/Leistung

IV Sonstiges				
Wegepauschale (Zone A)	4401 (WPA)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz.	Die WP A ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB, oder ZBE abgerechnet werden. Die Wegepauschale WP A ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und WP B und WP C abrechenbar.	5,00 EUR/Leistung
Wegepauschale (Zone B)	4402 (WPB)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz.	Die WP B ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB, oder ZBE abgerechnet werden. Die Wegepauschale WP B ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und WP A und WP C abrechenbar.	10,00 EUR/Leistung
Wegepauschale (Zone C)	4403 (WPC)	Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz	Die WP C ist nur abrechenbar, wenn am gleichen Tag auch BE, DB, oder ZBE abgerechnet werden. Die Wegepauschale WP C ist nicht im Zusammenhang mit der Leistung HB und BEV und WP A und WP B abrechenbar.	15,00 EUR / Leistung
Definition	Beschreibung			
Betreuarzt	Ein Betreuarzt ist ein vom Versicherten gewählter HAUSARZT.			
Vertreterarzt	Ein Vertreterarzt ist ein vom Betreuarzt gemäß § 3 Abs. 5 lit. d) HzV-Vertrag benannter HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht Betreuarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist.			
Stellvertreterarzt	Ein Stellvertreterarzt ist ein HAUSARZT, der als Praxispartner des Betreuarztes innerhalb einer BAG/eines MVZ die Vertretung des Betreuarztes übernimmt. Durch den Stellvertreterarzt erbrachte HzV-Leistungen werden bei der Abrechnung dem Betreuarzt zugeordnet.			
Versichertenteilnahmejahr	Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem ersten Tag des Quartals, an dem der Versicherte als HzV-Versicherter im Sinne des HzV-Vertrages gilt (Aufnahme in das HzV-Versichertenverzeichnis und Übermittlung an die Dienstleistungsgesellschaft). Bei einem Wechsel des HAUSARZTES (auch innerhalb einer BAG/eines MVZ) beginnt ein neues Versichertenteilnahmejahr. Ein Versichertenteilnahmejahr beginnt am ersten Tag des Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.). Ab dem 5., 9., 13. Versichertenteilnahmequartal beginnt jeweils ein neues Versichertenteilnahmejahr.			
Versichertenteilnahmequartal	Ein Quartal innerhalb des Versichertenteilnahmejahres.			

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	<p>Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind gemäß § 1a Ziffer 12 BMV-Ä rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder▪ Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder▪ MVZ untereinander <p>zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass auch ein MVZ eine BAG ist. Keine BAG sind Praxismgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. Aus technischer Sicht haben Leistungserbringer innerhalb einer BAG im Betrachtungszeitraum die gleiche Betriebsstättennummer (BSNR).</p>
	In den Fällen, in den eine prozentuale Bezugsgröße hergestellt wird, gilt die höhere Bezugszahl.

§ 2

Laufzeit

Die Laufzeit dieser Anlage 3 richtet sich grundsätzlich nach der des Vertrages. Die Vergütungsregelungen gemäß den § 1 dieser **Anlage 3** können erstmals zum 1.7.2013 angepasst werden. Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 10 Abs. 5 des HzV-Vertrages.

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

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

Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des „HzV-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im HzV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3**, soweit die Betriebskrankenkasse und der Hausärzteverband keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen als Einzelleistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des HzV-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.

2. Dokumentation

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

3. Abrechnung des Betreuarztes für die HzV-Versicherten, die ihn als HAUSARZT gewählt haben

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

- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, für HzV-Versicherte, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des HzV-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 HzV-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sowie die Laborleistungen als Inhalt der erweiterten Gesundheitsuntersuchung sind durch die HzV-Vergütung gemäß **Anlage 3** abgegolten.
- (3) Sofern Leistungen erbracht werden, die in dem HzV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** nicht aufgeführt sind, erfolgt die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei darf zusätzlich keine Versichertenpauschale (Ordinationskomplex) über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- (4) Die Vergütung der P3 setzt das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem hausärztlichem Betreuungsbedarf voraus. Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Eine chronische Erkrankung im Sinne der hausarztzentrierten Versorgung setzt daher eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) durch den Hausarzt voraus, ohne die nach hausärztlicher Einschätzung eine erhebliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Die Chronifizierung einer Erkrankung muss aus der Dokumentation erkennbar sein. Hierbei sind die Vorgaben der jeweils aktuell gültigen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu berücksichtigen. Es ist so spezifisch wie möglich zu dokumentieren, Restklassen sollen nur verwendet werden, falls keine hinreichende Spezifität für eine Zuordnung zu einer der spezifischeren Schlüsselnummern möglich ist. Bei Erkrankungen, bei denen es verschiedene Stadien (akut, subakute und chronisch) möglich sind, ist die Chronifizierung eindeutig zu dokumentieren. Es sind alle Diagnosen zu dokumentieren, die zum jeweils vorliegenden klinischen Bild gehören. Die alleinige Dokumentation von Befunden/Symptomen, äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität oder Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ist nicht zur Belegung einer chronischen Erkrankung ausreichend.

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

- (1) Leistungen gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG / des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen 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.
- (2) Die Abrechnung von Vertreterpauschalen oder Zielauftragspauschalen innerhalb von BAG / MVZ ist nicht möglich.

5. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

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

6. Impfleistungen

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Verordnung des Impfstoffes richten sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der Betriebskrankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" sind Bestandteil des HzV-Vertrages und werden als Einzelleistungen im Rahmen des HzV-Vertrags abgerechnet. Die Vergütung zur Durchführung der Impfung richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung des Rahmenvertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Betriebskrankenkasse 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 Betriebskrankenkasse vereinbart ist oder eine eigenständige Vereinbarung für den HzV-Vertrag geschlossen ist.
- (3) Die Dokumentation der Impfleistung wird analog den EBM-Ziffern durchgeführt. Einzelheiten sind dem Anhang 1 dieser Anlage 3 zu entnehmen.

7. Technische Umsetzung von Begrenzungsregelungen

Die technische Umsetzung von Begrenzungsregelungen im Rahmen der Vergütungstabelle regeln die Vertragspartner im Rahmen eines gesonderten Fachkonzeptes.

§ 4

Praxisgebühr

- entfallen –

§ 5

Abrechnung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HzV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet. Das von dem Hausärzteverband hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“), das der Hausärzteverband mit den im Folgenden genannten Aufgaben beauftragt, ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG

Edmund-Rumpler-Straße 2

51149 Köln

Service-Hotline: 02203 5756 1111

Fax: 02203 57561110

- (2) Der Hausärzteverband 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 im Sinne des HzV-Vertrages). 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 Hausärzteverband seine Abrechnung der HzV-Vergütung („**H_zV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal spätestens bis zum Ablauf des 10. Kalendertages des auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats (10. Januar, 10. April, 10. Juli und 10. Oktober) („**H_zV-Abrechnungsfrist**“). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der HzV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist der Hausärzteverband berechtigt, eine Abrechnung gegenüber der Betriebskrankenkasse (vgl. § 4 dieser **Anlage 3**) erst im Folgequartal vorzunehmen.

- (4) Der Hausärzterverband ist verpflichtet, die HzV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für den HAUSARZT zu prüfen.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften HzV-Abrechnung des HAUSARZTES erstellt der Hausärzterverband die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der Betriebskrankenkasse oder der von ihr benannten Stelle überprüft der Hausärzterverband die Abrechnungsdatei erneut. Er ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Der Hausärzterverband übersendet dem HAUSARZT nach Erhalt der Zahlung von der Betriebskrankenkasse einen Abrechnungsnachweis („**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 § 12 Abs. 3 des HzV-Vertrages erfolgte Aufrechnung der Betriebskrankenkasse.
- (7) Der HAUSARZT ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis des Hausärzterverbandes unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und dem Hausärzterverband etwaige Beanstandungen des Abrechnungsnachweises sowie weitere Fehlbeträge unverzüglich mitzuteilen.
- (8) Hinsichtlich über den Abrechnungsnachweis bzw. die Zahlung der Betriebskrankenkasse hinausgehender Ansprüche des HAUSARZTES wird sich der Hausärzterverband im Benehmen mit dem HAUSARZT um eine Fehleranalyse und Fehlerkorrektur sowie gegebenenfalls eine Abrechnung im nächsten Quartal gegenüber der Betriebskrankenkasse bemühen. Der Hausärzterverband 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** ungerechtfertigt ist.

§ 6

Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der Betriebskrankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet der Hausärzteverband der Betriebskrankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage an die von der Betriebskrankenkasse zu beauftragende Kopf- bzw. Clearingstelle. Der Hausärzteverband bedient sich zur Erfüllung seiner Verpflichtung des in § 5 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295 a 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 § 10 Abs. 1 einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen im Sinne des § 10 Abs. 3 des HzV-Vertrages aus.

- (2) Die Betriebskrankenkasse oder die von ihr benannte Stelle hat eine Prüffrist von 20 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 Betriebskrankenkasse 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 Hausärzteverband schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
 - a) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die Betriebskrankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von fünf Arbeitstage („Montag bis Freitag“) („**Zahlungsfrist**“) ab Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird. Der Rechnungsbrief kann zusätzlich elektronisch übermittelt werden.
 - b) Erfolgt innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die Betriebskrankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Zugang des jeweiligen Rechnungsbriefes zu laufen. Der Rechnungsbrief gilt spätestens drei Arbeitstage („Montag bis Freitag“) nach Absendung als zugegangen, sofern nicht im Einzelfall ein späterer Zugang nachgewiesen wird.

Der Rechnungsbrief kann zusätzlich elektronisch übermittelt werden. § 12 des HzV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

- (3) Die Betriebskrankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich vom Hausärzteverband benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird der Hausärzteverband spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der Betriebskrankenkasse schriftlich mitteilen.
- (4) Die Betriebskrankenkasse 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 Hausärzteverband und die Betriebskrankenkasse prüfen die HzV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 15 des HzV-Vertrages, **Anlage 3**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware).
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme an der HzV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Einzelleistung/des VERAH-Zuschlages (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß § 3 Ziffer 2. dieser **Anlage 3**;
- (3) Der Umfang der von dem Hausärzteverband an die Betriebskrankenkasse 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 gemäß vorgestelltem Absatz 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur (§§ 11, 12 des HzV-Vertrages) das Prüfwesen nach **Anlage 8** einschlägig sein.
- (6) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des HzV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8

Auszahlung der HzV-Vergütung durch den Hausärzteverband

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Betriebskrankenkasse entgegenzunehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten; er bedient sich insoweit der HÄVG als Erfüllungsgehilfe und Zahlstelle. Der Hausärzteverband prüft den Betrag der von der Betriebskrankenkasse erhaltenen Zahlungen (§ 5 dieser **Anlage 3**) sowie die Einhaltung der Zahlungsfrist wiederum nach Maßgabe des § 6 dieser **Anlage 3**.
- (2) Die HÄVG ist als Zahlstelle des Hausärzteverbandes berechtigt und gegenüber dem Hausärzteverband verpflichtet, die von der Betriebskrankenkasse erhaltene Zahlung an den HAUSARZT zum Zwecke der Honorarauszahlung nach § 10 des HzV-Vertrages gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten; § 15 des HzV-Vertrages bleibt unberührt. Der Hausärzteverband ist verpflichtet, Zahlungen der Betriebskrankenkasse in angemessener kurzer Frist nach Erhalt unter Berücksichtigung der Frist der erforderlichen Prüfung des Betrages auf Übereinstimmung mit dem Rechnungsbrief weiterzuleiten, Abschlagszahlungen spätestens zum 15. Kalendertag des jeweiligen Monats.

Die Betriebskrankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit befreiender Wirkung an den Hausärzteverband, der sich hierfür der HÄVG als Zahlstelle bedient. In Höhe der jeweiligen Zahlung an die HÄVG tritt Erfüllung gegenüber dem HAUSARZT ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach §§ 11, 12 des HzV-Vertrages.

§ 9
Anhänge

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

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Leistungsbeschreibung gemäß HzV-Ziffernkranz
- Anhang 2 zu Anlage 3:** Shared-Decision-Making
- Anhang 3 zu Anlage 3:** VERAH-Vergütung
- Anhang 4 zu Anlage 3:** Zuschlag Rationale Pharmakotherapie
- Anhang 5 zu Anlage 3:** Modul Gerinnungsmanagement