

Anhang ÄV1

Anlage 3 - Vergütung und Abrechnung

§ 1 HzV-Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in **Anlage 4** (EBM-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:

| Leistung / Bezeichnung | Leistungsinhalt | Abrechnungsregeln | Betrag |
|---|---|---|-----------|
| Pauschalen | | | |
| P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale | <ul style="list-style-type: none"> Leistungen gemäß §§ 3, 7, 8 des HzV-Vertrages | <ul style="list-style-type: none"> 1 x pro Versichertenteilnahmejahr P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung quartalsweise in Höhe von 1/4 des Gesamtpreises, beginnend mit dem ersten Teilnahmequartal, ausbezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HzV-Versichertenverzeichnis gemäß § 12 Abs. 4 des HzV-Vertrages zugrunde gelegt Im Rahmen der Vergütung ist keine gesonderte Abrechnung durch den teilnehmenden HAUSARZT erforderlich. <p>Voraussetzung: Wird nur dem gewählten HAUSARZT vergütet</p> | 28,52 EUR |
| P2 Kontaktabhängige Pauschale | <ul style="list-style-type: none"> Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß § 7 i.V.m. Anlage 4 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 § 7 des HzV-Vertrages | <ul style="list-style-type: none"> 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal Wird nur dem gewählten Hausarzt vergütet. | 49,33 EUR |
| P3.1 altersgruppenspezifische Betreuungspauschale - Altersgruppe 18 bis 54 Jahre | Zuschlag für den besonderen Betreuungsaufwand in der Altersgruppe 18 bis 54 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal Wird nur dem gewählten Hausarzt vergütet. Für Versicherte der Altersgruppe 18 bis 54 Jahre | 15,06 EUR |

| | | | |
|--|--|--|------------------|
| <p>P3.2 altersgruppenspezifische Betreuungspauschale - Altersgruppe 55 bis 74 Jahre</p> | <p>Zuschlag für den besonderen Betreuungsaufwand in der Altersgruppe 55 bis 74 Jahre</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem gewählten Hausarzt vergütet. ▪ Für Versicherte der Altersgruppe 55 bis 74 Jahre | <p>22,60 EUR</p> |
| <p>P3.3 altersgruppenspezifische Betreuungspauschale - Altersgruppe ab 75 Jahre</p> | <p>Zuschlag für den besonderen Betreuungsaufwand in der Altersgruppe ab 75 Jahre</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x pro Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird nur dem gewählten Hausarzt vergütet. ▪ Für Versicherte der Altersgruppe ab 75 Jahre | <p>26,91 EUR</p> |
| <p>Vertreterpauschale</p> | <p>Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anlage 4</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x pro Quartal als Vertreterpauschale 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 dem Vertreterarzt („Vertreterarzt“) | <p>14,86 EUR</p> |
| <p>Pauschale für Auftragsleistung</p> | <p>Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anlage 4</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1 x im gleichen Quartal als Pauschale für die Behandlung auf Überweisung abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal ▪ Wird dem die Auftragsleistung erbringenden Arzt vergütet ▪ Die entsprechende Auftragsleistung beim Zielauftrag wird entspr. EBM abgerechnet und vergütet | <p>14,86 EUR</p> |
| <p>Zuschläge</p> | | | |
| <p>Z1 Einmaliger Innovationszuschlag, wenn mind. eine P2</p> | <p>Erfüllen von mindestens drei der folgenden besonderen Infrastrukturausstattungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwendung eines Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)-Moduls im PVS ▪ Versand und Empfang von elektronischen Arztbriefen unter Nutzung von KIM ▪ Bereitstellung online buchbarer Termine ▪ Angebot einer Videosprechstunde ▪ Einsatz eines PVS-Moduls zum Notfalldatenmanagement <p>Entsprechend der Voraussetzungen in Anhang 1 zur Anlage 3</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag für jede teilnehmende Betriebsstätte je teilnehmenden Arzt ▪ einmalig je Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drei von Fünf Voraussetzungen sind erfüllt | <p>70,00 EUR</p> |
| <p>Z2 TEAM-Zuschlag auf P2</p> | <p>Betreuung chronisch kranker Patienten durch Praxisassistentin gemäß Anlage 8 BMV/EKV</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 ▪ Voraussetzung: | <p>8,00 EUR</p> |

| | | | |
|--|--|---|----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des gewählten Hausarztes verfügt über die Qualifikation VERAH/ Praxisassistentin entspr. Anlage 8 BMV/EKV ▪ Wird nur dem gewählten Hausarzt vergütet | |
| Z3 Zuschlag Versorgungssteuerung | Erfolgreiche Versorgungssteuerung bei Krankenhauseinweisungen und Verkürzung AU-Zeiten | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete Überweisungspauschale, sofern die in Anlage 5 genannten Zielquoten für Krankenhauseinweisungen und Verkürzung AU-Zeiten erfüllt sind | 2,37 EUR |
| Z4 Zuschlag für das Qualitätssiegel „Nachhaltige Praxis“ auf P2 | Vorhalten eines gültigen Qualitätssiegels Nachhaltige Praxis der Stiftung Praxissiegel e. V. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag auf jede vergütete P2 ▪ Nachweis über den Erhalt des Qualitätssiegels ist gegenüber der KVSA zu erbringen ▪ Der Zuschlag wird im Zusammenhang mit der Gültigkeit des Zertifikates für maximal 3 Jahre gewährt. ▪ <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet ▪ Der Zuschlag wird ab dem Quartal in dem der Nachweis erfolgte vergütet. | 3,00 EUR |

| Einzelleistungen | | | |
|--|---|--|-----------|
| 01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I | Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anlage 4): <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) 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"> ▪ nicht am selben Tag mit der Pauschale für Auftragsleistung abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 01100 gegenüber der KVSA notwendig ▪ Nicht neben 01412 abrechnungsfähig | 29,72 EUR |
| 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II | Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anlage 4): <ul style="list-style-type: none"> ▪ zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder ▪ an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehenen Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 – 07:00 Uhr | <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht am selben Tag mit der Pauschale für Auftragsleistung abrechenbar ▪ Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 01101 gegenüber der KVSA notwendig ▪ Nicht neben 01412 abrechnungsfähig | 47,54 EUR |

| | | | |
|---|---|--|------------------|
| <p>01410 bzw. 01415 (Heim) Hausbesuch</p> | <p>Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Hausarzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben. Liegt nicht vor, wenn der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem gewählten Hausarzt oder dem Vertreterarzt vergütet. ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 01410 bzw. 01415 gegenüber der KVSA notwendig | <p>35,67 EUR</p> |
| <p>01412 Dringender Besuch</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausführung unverzüglich, unabhängig vom Tag oder der Tageszeit ggf. auch mit Unterbrechung der Sprechstunde ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 01412 gegenüber der KVSA notwendig | <p>47,54 EUR</p> |
| <p>01442 Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 01442 gegenüber der KVSA notwendig ▪ höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig | <p>9,96 EUR</p> |
| <p>01450 Zuschlag Videosprechstunde oder Videofallkonferenz</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 01450 gegenüber der KVSA notwendig ▪ je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde oder Videofallkonferenz oder Videokonsilium | <p>4,63 EUR</p> |
| <p>01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation</p> | <p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 01611)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 01611 gegenüber der KVSA notwendig | <p>45,16 EUR</p> |
| <p>02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation</p> | <p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 02300)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02301 und 02302 abgerechnet werden ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 02300 gegenüber der KVSA notwendig | <p>9,96 EUR</p> |
| <p>02301 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht</p> | <p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 02301)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02302 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300 und 02302 abgerechnet werden ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 02301 gegenüber der KVSA notwendig | <p>19,02 EUR</p> |
| <p>02302 Kleinchirurgischer Eingriff III</p> | <p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 02302)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02300 und 02301 ▪ Kann in Ausnahmefällen am selben Tag neben 02300 und 02301 abgerechnet werden ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 02302 gegenüber der KVSA notwendig | <p>35,67 EUR</p> |
| <p>03062P Kostenpauschale einschl. Wegekosten</p> | <p>Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03062) die Präambeln 1. bis 4. zum Abschnitt 3.2.1.2 EBM finden keine Anwendung</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03062 gegenüber der KVSA notwendig <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des gewählten Hausarztes verfügt über die Qualifikation VERAH/ Praxisassistentin entspr. Anlage 8 BMV/EKV | <p>22,55 EUR</p> |

| | | | |
|--|---|---|-----------|
| | | <p>und der Leistungsumfang der 03062 ist erfüllt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht neben 38100, 38105, 03063 abrechenbar § 2Abs. 2 Anlage 8 BMV-Ä/EKV „Delegations-Vereinbarung“ gilt nicht | |
| 03063P Kostenpauschale ein- schl. Wegekosten | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03063) die Präambeln 1. bis 4. zum Abschnitt 3.2.1.2 EBM finden keine Anwendung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03063 gegenüber der KVSA notwendig <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine MFA/Arzthelferin des gewählten Hausarztes verfügt über die Qualifikation VERAH/ Praxisassistentin entspr. Anlage 8 BMV/EKV und der Leistungsumfang der 03063 ist erfüllt ▪ Nicht neben 38100, 38105, 03062 abrechenbar ▪ § 2Abs. 2 Anlage 8 BMV-Ä/EKV „Delegations-Vereinbarung“ gilt nicht | 16,49 EUR |
| 03321 Belastungs-EKG | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 30321) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03321 gegenüber der KVSA notwendig | 23,77 EUR |
| 03324 Langzeitblutdruckmes- sung | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03324) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03324 gegenüber der KVSA notwendig | 9,50 EUR |
| 03330 Spirographische Un- tersuchung | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03330) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03330 gegenüber der KVSA notwendig | 7,12 EUR |
| 03360 Hausärztlich-geriatri- sches Basisassess- ment | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03360) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2x pro Krankheitsfall ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03360 gegenüber der KVSA notwendig | 14,61 EUR |
| 03362 Hausärztlich-geriatri- scher Betreuungskom- plex | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03362) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03362 gegenüber der KVSA notwendig | 19,04 EUR |
| 03370 Palliativmedizinische Ersterhebung des Pati- entenstatus inkl. Be- handlungsplan | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03370) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 1x im Krankheitsfall ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03370 gegenüber der KVSA notwendig | 40,85 EUR |
| 03371 Zuschlag zu der Versi- chertenpauschale 03000 für die palliativ- medizinische Betreu- ung des Patienten in der Arztpraxis | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03371) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03371 gegenüber der KVSA notwendig | 19,04 EUR |
| 03372 Zuschlag zu den GOPs 01410 oder 01413 für die palliativmedizini- sche Betreuung in der Häuslichkeit | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03372) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Je vollendete 15 Minuten ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03372 gegenüber der KVSA notwendig | 14,86 EUR |
| 03373 Zuschlag zu den GOPs 01411, 01412 oder 01415 für die palliativ- | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03373) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Je Besuch ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03372 gegenüber der KVSA notwendig | 14,86 EUR |

| | | | |
|---|---|---|-----------|
| medizinische Betreuung in der Häuslichkeit | | | |
| 03374 Ersetzung der 03372 bei Erreichung des Höchstwertes von 5x pro Tag | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 03372) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 03372 (5x) gegenüber der KVSA notwendig | 73,97 EUR |
| 99713 CRP-Schnelltest | Untersuchung und Bestimmung des C-reaktiven Proteins (CRP-Schnelltest) bei Patienten mit Verdacht auf eine akute bakterielle Infektion der oberen Atemwege unter Beachtung des klinischen Gesamtbildes zur Unterstützung der Therapiefestlegung. Besprechung der Therapieentscheidung anhand des Testergebnisses mit dem Patienten. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taggleich nicht mehrmals beim gleichen Patienten abrechenbar | 12,13 EUR |
| 33012 Schilddrüsen-Sonographie | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 33012) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 33012 gegenüber der KVSA notwendig ▪ Genehmigung durch KVSA muss erteilt sein | 13,08 EUR |
| 33042 Abdominelle Sonographie | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 33042) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Max. 2 x pro Quartal ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 33042 gegenüber der KVSA notwendig ▪ Genehmigung durch KVSA muss erteilt sein | 24,96 EUR |
| 35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 35100) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35110 ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 35100 gegenüber der KVSA notwendig ▪ Genehmigung durch KVSA muss erteilt sein ▪ Zur Abrechnung dieser Ziffer ist das Vorliegen einer Diagnose aus dem Bereich der psychosomatischen Krankheitsbilder (ICD-Kapitel F) notwendig sowie die Übermittlung einer entsprechenden Diagnose, Ausnahme: Abrechnung der 35110 im selben BHF | 23,77 EUR |
| 35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen | Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anlage 4 (GOP 35110) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht am selben Tag abrechenbar mit 35100 ▪ Max. 3 x am Tag ▪ Abrechnung über EBM-Ziffer 35110 gegenüber der KVSA notwendig ▪ Genehmigung durch KVSA muss erteilt sein ▪ Zur Abrechnung dieser Ziffer ist das Vorliegen einer Diagnose aus dem Bereich der psychosomatischen Krankheitsbilder (ICD-Kapitel F) notwendig sowie die Übermittlung einer entsprechenden Diagnose | 23,77 EUR |

| Modul „Digitalisierung“ | | | |
|--|---|---|-----------|
| ePA-Start | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarztzentrierte qualifizierte Erstbefüllung der ePA (GOP 01648) ▪ Vorhandene Dokumente aus PVS werden in ePA übertragen (Umfang wird mit Patienten gemeinsam bestimmt) ▪ Anlage des Notfalldatensatzes (NFDm) in ePA und/oder EGK (wenn Notfalldaten vorhanden) (GOP 01640) ▪ Fakultativ: Erstellung eines elektronischen Medikationsplans und/oder Anlage des Medikationsplans in ePA (ab 3. regelmäßig verordnetem Medikament) (01630) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x je Versicherten ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ ePA-Start und ePA-Aktualisierung sind im selben BHF ausgeschlossen | 36,27 EUR |
| ePA-Aktualisierung | Abrechenbar bei mindestens einer Aktualisierung von Dokumenten, Berichten, Impfungen, Eintragungen in Medikationsplan und Notfalldatensatz o.ä. (GOP 01431, 01642 oder 01647) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x je Quartal ▪ Wird nur dem Betreuarzt vergütet ▪ ePA-Start und ePA-Aktualisierung sind im selben BHF ausgeschlossen | 7,26 EUR |
| OVS Videosprechstunde | Im Behandlungsfall finden ausschließlich Sitzungen per Videokontakt und ggf. per Telefon statt (GOP 88220) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x je Quartal ▪ mindestens 1 Video-APK | 5,18 EUR |
| Einzelleistungen "Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen" | | | |
| Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes | | | |
| LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) Abr.-Ziffer: 92101P bzw. 92101N | <p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“</p> <p>Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches und Auswertung desselben</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnosen* E1*.4- und/oder N31.1 oder N31.2*</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Krankheitsfall (KHF) ▪ nicht im selben Quartal neben der Weiterbetreuung 92102 abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet | 21,11 EUR |
| Weiterbetreuung bei positivem Befund Abr.-Ziffer: 92102 | <p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose N31.1 oder N31.2 und E1*.4- oder E1*.7-</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x im Quartal, ▪ max. 2x je KHF abrechenbar (neben 92101P im KHF nur 1x), nicht abrechenbar neben 92101P und nur wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 92101P oder 92102 abgerechnet wurde <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet | 21,11 EUR |
| Diabetische Neuropathie Abr.-Ziffer: | Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Krankheitsfall ▪ nicht im selben Quartal neben der Weiterbetreuung 92112 abrechenbar | 21,11 EUR |

| | | | |
|---|--|---|------------------|
| <p>92111P bzw. 92111N</p> | <p>eingehende körperliche Untersuchung, Prüfung auf Beeinträchtigung der Sensibilität (Stimmgabel, Monofilament)</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose* E1*.4- und/oder G59.0, G63.2, G99.0</p> | <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet | |
| <p>Weiterbetreuung bei positivem Befund</p> <p>Abr.-Ziffer: 92112</p> | <p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose G59.0, G63.2 oder G99.0 und E1*.4- oder E1*.7-</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x im Quartal, ▪ max. 2x je KHF abrechenbar (neben 92111P im KHF nur 1x), nicht abrechenbar neben 92111P und nur wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 92111P oder 92112 abgerechnet wurde Voraussetzung: ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet | <p>21,11 EUR</p> |
| <p>Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung</p> <p>Abr.-Ziffer: 92113</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x je Modul 1 nur in demselben Quartal neben GOP 92111N oder 92111P abrechenbar | <p>17,93 EUR</p> |
| <p>Diabetesleber</p> <p>Abr.-Ziffer: 92115P bzw. 92115N</p> | <p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung</p> <p>Ultraschalluntersuchung des Leberparenchyms, labormedizinische Untersuchung und Interpretation der Leberwerte</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose, bisher ohne bekannte Diagnose K77.8</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Krankheitsfall ▪ nicht im selben Quartal neben der Weiterbetreuung 92116 abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet ▪ | <p>21,11 EUR</p> |
| <p>Weiterbetreuung bei positivem Befund</p> <p>Abr.-Ziffer: 92116</p> | <p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose K77.8 und E1*.6- oder E1*.7-</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x im Quartal, ▪ max. 2x je KHF abrechenbar (neben 92115P im KHF nur 1x), nicht abrechenbar neben 92115P und nur wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 92115P oder 92116 abgerechnet wurde <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet | <p>21,11 EUR</p> |
| Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie | | | |
| <p>pAVK</p> <p>Abr.-Ziffer: 92108P bzw. 92108N</p> | <p>Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung entsprechend der „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“</p> <p>eingehende körperliche Untersuchung, Messung der arteriellen</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Krankheitsfall ▪ nicht im selben Quartal neben der Weiterbetreuung 92109 abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet | <p>21,11 EUR</p> |

| | | | |
|--|--|---|-----------|
| | <p>Verschlussdrucke mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI)</p> <p>Versicherte ab 50. Lebensjahr mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Atherosklerose*(ICD I70.-)</p> | | |
| <p>Weiterbetreuung bei positivem Befund</p> <p>Abr.-Ziffer: 92109</p> | <p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</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"> • 1x im Quartal, • max. 2x je KHF abrechenbar (neben 92115P im KHF nur 1x), <p>nicht abrechenbar neben 92115P und nur wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 92115P oder 92116 abgerechnet wurde</p> <p>Voraussetzung:</p> <p>Wird nur dem HAUSARZT vergütet</p> | 21,11 EUR |
| <p>Chronische Nierenkrankheit</p> <p>Abr.-Ziffer: 92104P bzw. 92104N</p> | <p>Untersuchung entsprechend der Praxisempfehlungen der DDG „Nephropathie bei Diabetes“</p> <p>Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen</p> <p>Wiederholung im 2 bis 4-wöchigen Abstand</p> <p>Versicherte mit gesicherter Diabetes- oder Hypertoniediagnose, ohne bisher bekannte Diagnose* N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 x im Krankheitsfall ▪ nicht im selben Quartal neben der Weiterbetreuung 92105 abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet | 21,11 EUR |
| <p>Weiterbetreuung bei positivem Befund</p> <p>Abr.-Ziffer: 92105</p> | <p>Überprüfung der aktuellen Therapie, auch der Grunderkrankung und ggf. Anpassung der Therapiestrategie Individuelle Beratung hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue</p> <p>Bei positivem Befund aus o.g. Früherkennungsuntersuchung. Dokumentiert durch eine gesicherte Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei diabetischer Grunderkrankung N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 und E1*.2- oder E1*.7- • Bei hypertensiver Grunderkrankung N18, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.- oder Z99.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x im Quartal, ▪ max. 2x je KHF abrechenbar (neben 92104P im KHF nur 1x), <p>nicht abrechenbar neben 92104P und nur wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 92104P oder 92015 abgerechnet wurde</p> <p>Voraussetzung:</p> <p>Wird nur dem HAUSARZT vergütet</p> | 21,11 EUR |
| <p>* Als bekannt im Sinne dieses Vertrages gilt die Diagnose nur, wenn der teilnehmende Arzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal als gesichert verschlüsselt hat</p> | | | |

| VERAH-Herzinsuffizienz | | | |
|--|--|---|------------------|
| <p>Einbezogen werden Versicherte die mit den folgenden Erkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit einer gesicherten Diagnose chronische Herzinsuffizienz (I11.0-, I13.0-, I13.2-, I50.00, I50.01, I50.02, I50.03, I50.04, I50.05, I50.11, I50.12, I50.13, I50.14), ▪ einer hohen Krankheitslast mit Vorhandensein zusätzlicher chronischer Erkrankungen, wie z.B.: KHK, Hypertonus, Dyslipidämie, Diabetes Mellitus, Asthma/ COPD, Vorhofflimmern, Niereninsuffizienz, ▪ mit Risiko für Dekompensationen / stationäre Aufnahme, ▪ mit schlechter Compliance sowie ▪ mit vorhandener Akzeptanz für besondere Betreuung <p>Ausgeschlossen sind Versicherte, die bettlägerig sowie dement sind, eine Pflegegrad 4 oder 5 besitzen, sich in der palliativen Versorgung befinden und Versicherte ohne Telefon.</p> | | | |
| <p>Telefonmonitoring</p> <p>Abr.-Ziffer: 99790</p> | <p>Durchführung eines Telefonmonitorings bei den gemäß Diagnose festgelegten Versicherten. Folgendes soll damit erreicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhung der Compliance ▪ Stärkung des krankheitsspezifischen Selbstmanagements <p>Um damit zusätzliche</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kontinuierliche Distanzversorgung und ▪ Notfallsituationen ▪ Hospitalisierung <p>zu vermeiden und zu senken.</p> <p>Dazu wird ein definierter Fragebogen Anhang 2 zur Anlage 3 inklusive der sich daraus ergebenden Aufgaben entwickelt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ maximal 3x im Quartal <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet ▪ Eine MFA/Arzthelferin des gewählten Hausarztes verfügt über die Qualifikation VERAH/ Praxisassistentin entspr. Anlage 8 BMV/EKV ▪ Die VERAH hat gegenüber der KVSA das erfolgreich absolvierte VERAH plus Modul „Herzinsuffizienz“ nachgewiesen | <p>10,00 EUR</p> |
| <p>Schulungseinheit in der Häuslichkeit</p> <p>Abr.-Ziffer: 99791</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulung des Patienten und ggf. der Angehörigen über die Inhalte und den Ablauf des Programms ▪ Dauer ca. 45 min. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ mindestens 1x am Anfang des Case-Managements ▪ maximal 2x im Betreuungszeitraum ▪ in der Häuslichkeit ▪ nicht neben der 99792 abrechenbar ▪ uhrzeitgleiche Abrechnung eines Hausbesuches (EBM-Ziffer: 01410, 01413, 03062P und 03063P) neben der 99791 ist ausgeschlossen <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet ▪ Eine MFA/Arzthelferin des gewählten Hausarztes verfügt über die Qualifikation VERAH/ Praxisassistentin entspr. Anlage 8 BMV/EKV ▪ Die VERAH hat gegenüber der KVSA das erfolgreich absolvierte VERAH plus Modul „Herzinsuffizienz“ nachgewiesen | <p>17,00 EUR</p> |
| <p>Schulungseinheit in der Praxis</p> <p>Abr.-Ziffer: 99792</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulung des Patienten und ggf. der Angehörigen über die Inhalte und den Ablauf des Programms ▪ Dauer ca. 45 min. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ mindestens 1x am Anfang des Case-Managements ▪ maximal 2x im Betreuungszeitraum ▪ in der Praxis ▪ nicht neben der 99791 abrechenbar | <p>17,00 EUR</p> |

| | | | |
|---|---|---|-----------|
| | | <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet ▪ Eine MFA/Arzthelferin des gewählten Hausarztes verfügt über die Qualifikation VERAH/ Praxisassistentin entspr. Anlage 8 BMV/EKV ▪ Die VERAH hat gegenüber der KVSA das erfolgreich absolvierte VERAH plus Modul „Herzinsuffizienz“ nachgewiesen | |
| <p>Beratungsgespräch</p> <p>Abr.-Ziffer: 99793</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung eines Beratungsgesprächs mit den folgenden Inhalten: ▪ Auswertung des Patiententagebuches, Überprüfung der Arzneimittelverordnung in Zusammenhang mit der Diagnose Herzinsuffizienz sowie des Medikationsplans und ggf. Besprechung von individuellen Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ maximal 1x im Quartal im Betreuungszeitraum <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wird nur dem HAUSARZT vergütet ▪ Eine MFA/Arzthelferin des gewählten Hausarztes verfügt über die Qualifikation VERAH/ Praxisassistentin entspr. Anlage 8 BMV/EKV <p>Die VERAH hat gegenüber der KVSA das erfolgreich absolvierte VERAH plus Modul „Herzinsuffizienz“ nachgewiesen</p> | 10,00 EUR |
| Kampagne zur Hitzeberatung bis 31.12.2025 | | | |
| <p>Hitzeberatung</p> <p>Abr.-Ziffer: 90030</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zur Medikamentenkontrolle, Verhaltensmaßnahmen im Notfall, Trinkempfehlung, Alltagsorganisation bei hohen Temperaturen ab dem vollendetem 70. Lebensjahr | <ul style="list-style-type: none"> ▪ einmal je Versicherten | 15,00 EUR |

| Begrifflichkeit | Beschreibung |
|-------------------------------------|---|
| gewählter Hausarzt / Betreuarzt | Der gewählte Hausarzt ist der HAUSARZT gegenüber dem der Versicherte seine Teilnahme am HzV-Vertrag erklärt hat und der die Teilnahmeerklärung des Versicherten unterschrieben hat. |
| Vertreterarzt | Ein Vertreterarzt ist ein HAUSARZT, der zum Zeitpunkt eines Arzt-Patienten-Kontaktes nicht der gewählte Hausarzt und nicht Stellvertreterarzt eines HzV-Versicherten ist. |
| Stellvertreterarzt | Ein Stellvertreterarzt ist ein Praxispartner des gewählten HAUSARZTES innerhalb einer BAG/eines MVZ, der die Vertretung des gewählten HAUSARZTES übernimmt unabhängig davon, ob der Stellvertreterarzt an der HzV teilnimmt (siehe § 3 Ziffer IV.). |
| Vertragsteilnahmejahr des Arztes | Ein Vertragsteilnahmejahr des Arztes umfasst vier aufeinander folgende Quartale und beginnt mit dem Tag der schriftlichen Erklärung der Teilnahme am Vertrag und der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen. |
| Versichertenteilnahmejahr | Die Versichertenteilnahme beginnt mit dem Quartal der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung, vorbehaltlich der Bestätigung durch die TK. Ein Versichertenteilnahmejahr sind 4 aufeinander folgende Quartale beginnend mit dem Quartal, 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 durch die Techniker Krankenkasse stattgegebenen 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.). Der Versicherte nimmt mit Wirkung für das auf das Datum der Abgabe der Teilnahmeerklärung folgende Abrechnungsquartal an der HzV teil, wenn die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bzw. spätestens am 10. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der TK eingegangen ist und die TK den Versicherten in das HzV-Versichertenverzeichnis aufgenommen hat. Geht die Teilnahmeerklärung später bei der TK ein, verschiebt sich der Beginn Teilnahme um mindestens ein Quartal nach hinten. |
| Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) | Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von <ul style="list-style-type: none"> • Vertragsärzten und/oder Vertragspsychotherapeuten oder • Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder • MVZ untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. |

§ 2 Dynamisierung der Vergütung

Die Höhe der HzV Vergütungspositionen der Anlage 3 wird letztmalig regelhaft zum 1. Januar 2025 analog der regionalen MGV-Steigerungsrate der Regelversorgung fortentwickelt. Für das Jahr 2025 findet die MGV-Steigerungsrate von 2023 Anwendung.

Die Vertragspartner führen jährlich Verhandlungen im letzten Quartal eines Kalenderjahres zur Weiterentwicklung des HzV-Vertrages inkl. der HzV-Vergütungspositionen.