

Änderungsvereinbarung vom 24.09.2009

zwischen

der AOK Baden-Württemberg (AOK)

und der

Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e. G. (HÄVG)

und

MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH (MEDIVERBUND)

und

Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.
(Hausärzterverband Baden-Württemberg)

und

MEDI Baden-Württemberg e. V. (MEDI e. V.)

zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß
§ 73 b SGB V i.d.F. des GKV-WSG (HZV)

vom 08.05.2008 i.d.F. vom 15.01.2009

§ 1 Vertragsanpassung Anlage 12 des HzV-Vertrages

Anlage 12 des HzV-Vertrages wird aufgrund von notwendigen Konkretisierungen gemäß dem beigefügten Anhang dieser Änderungsvereinbarung angepasst.

§ 2 Gültigkeit

Die Vertragsanpassungen treten rückwirkend zum 30.06.2008 in Kraft.

....

Köln, den 24.09.2009



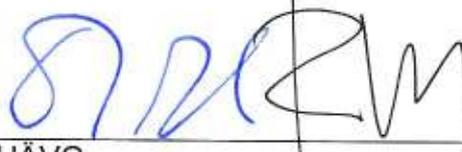
AOK Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann
Stv. Vorsitzender des Vorstandes



Deutscher Hausärzteverband
LV Baden-Württemberg
Dr. med. Berthold Dietsche



MEDIVERBUND Dienstleistung GmbH
Werner Conrad



HÄVG
Eberhard Mehl
Dr. Jochen Rose



MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT I: HZV-VERGÜTUNGSPPOSITIONEN

Die Vertragspartner vereinbaren für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende HzV-Vergütung:

Bezeichnung der HzV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
(kontakunabhängige) Grundpauschale P1	<ul style="list-style-type: none"> Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung) Vorhalten einer onlinefähigen IT Ausstattung der Praxis mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem Ausstattung mit Vertragssoftware / Hardware Technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde sowie mindestens einer Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr pro Woche für berufstätige HzV-Versicherte 	<p>P1 wird einmalig pro eingeschriebenen HzV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr vergütet. Ein Versichertenteilnahmejahr („Versichertenteilnahmejahr“) ist das Jahr ab Beginn der Teilnahme des HzV-Versicherten an der HzV; Beginn der Teilnahme ist der erste Tag des Quartals, in dem der HzV-Versicherte als solcher gilt, § 4 Abs. 3 des Vertrages.</p> <p>P1 wird im Zuge der Abrechnung des ersten Abrechnungsquartals bezogen auf den jeweiligen HzV-Versicherten in voller Höhe ausbezahlt.</p> <p>Werden in einem Quartal weitere HAUSÄRZTE durch den HzV-Versicherten aufgesucht, so werden alle HAUSÄRZTE mit Ausnahme des gewählten HAUSARZTES als Vertreter betrachtet (s. Vertreterpauschale). Der oder die weiteren HAUSÄRZTE haben keinen Anspruch auf die Auszahlung von P1. Gewählter HAUSARZT ist der HAUSARZT, der auf der letzten gültigen Teilnahmeerklärung des HzV-Versicherten als solcher angegeben ist.</p> <p>Erfolgt vor Ablauf von 12 Monaten ein Arztwechsel oder ein Ausscheiden des HzV-Versicherten aus der HzV, wird die P1 rückwirkend angepasst und ist zurückzuzahlen (§ 19 Abs. 9 des Vertrages). Für jedes begonnene Quartal erhält der betreuende HAUSARZT einen Anteil von einem Viertel der Summe von P1 und etwaiger Zuschläge auf P1.</p> <p>Bei einem Wechsel des HAUSARZTES beginnt für den neuen HAUSARZT vergütungstechnisch ein neues Versichertenteilnahmejahr.</p>	65,00 € / Versicherten- teilnahmejahr
(kontaktabhängige) Behandlungspauschale P2	<ul style="list-style-type: none"> Komplette hausärztliche Versorgung des Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung Information zu HzV, strukturierten Behandlungsprogrammen sowie spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst, etc. 	<p>P2 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten vergütet, sofern in entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat. Das erste Abrechnungsquartal innerhalb eines Versichertenteilnahmejahres, in dem behandelt wurde, führt nicht zur Auszahlung von P2, da die Vergütung für diese Behandlung bereits durch die Grundpauschale P1 abgedeckt ist.</p> <p>Alle weiteren, in diesem Abrechnungsquartal aufgesuchten HAUSÄRZTE gelten als Vertreter (s. Vertreterregelung).</p>	40,00 € / Quartal
(kontaktabhängiger) Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten P3	Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten abgestimmte, die unter P2 genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung	<p>P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HzV-Versicherten vergütet, sofern es sich bei diesem gemäß der Definition des G-BA um einen chronisch kranken Patienten handelt und im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein persönlicher HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat.</p> <p>Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden.</p>	25,00 € / Quartal

Vertreterpauschale	Vollständige hausärztliche Versorgung eines Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen im Vertretungsfall (Behandlung von HzV-Versicherten, die einen anderen HAUSARZT gewählt haben)	Die Vertreterpauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen HAUSARZT eingeschriebenen HzV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher HAUSARZT-Patient-Kontakt stattgefunden hat. Auf die Vertreterpauschale entfallen keinerlei Zuschläge. Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ aufgelöst.	12,50 € / Quartal
Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung	Ein Zielauftrag kann (1) nur für nicht-obligatorische Leistungen gemäß Anhang 1 erteilt werden, und (2) nur sofern diese Leistung in der Praxis des den Zielauftrag erteilenden HAUSARZTES aufgrund fehlender Qualifikation/ Ausstattung nicht erbracht werden kann (z.B. Kleine Chirurgie, Sonografie, Belastungs-EKG) und (3) er medizinisch erforderlich ist. Auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge. Ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird kann nicht abgerechnet werden. Die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar.	12,50 € / je Zielauftrag
Einzelleistungen			
Zuschläge bei besonderen Leistungen:			
Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 1	<ul style="list-style-type: none"> Inanspruchnahme (durch HzV-Versicherte) zwischen 19:00 und 22:00 Uhr; an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. Dezember und 31. Dezember zwischen 07:00 und 19:00 Uhr 	Kann nicht am gleichen Tag wie „Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 2“ abgerechnet werden.	25,00 € / Leistung
Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 2	<ul style="list-style-type: none"> Inanspruchnahme zwischen 22:00 und 07:00 Uhr; an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. Dezember und 31. Dezember zwischen 19:00 und 07:00 Uhr 	Kann nicht am gleichen Tag wie „Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 1“ abgerechnet werden	40,00 € / Leistung
Krebsfrüherkennungsuntersuchung	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung 	Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich, Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.	20,00 € / Leistung
	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung 		16,00 € / Leistung

Gelöscht: Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich, Ausnahme: es werden weitere Leistungen per Zielauftrag (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) angefordert.

	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung sowie apparative Ausstattung mit einem Dermatoskop. 	<p>Mit der Abrechnung der Leistung ist zu bestätigen, dass die entsprechende Qualifikation vorliegt und die Untersuchung mithilfe eines Dermatoskops erfolgte. Auffällige bzw. zu beobachtende Befunde sind zu dokumentieren.</p> <p><i>Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.</i></p>	25,00 € / Leistung	
DMP / P3a	Betreuung gemäß der DMP-Verträge mit der KV Baden-Württemberg	<p>DMP wird für die besondere Betreuung für DMP als Einzelleistung über die HzV abgerechnet und gemäß den DMP-Verträgen der AOK mit der KV vergütet. <u>D.h. nur DMP-Schulungsziffern gemäß Anl. 12, Abschnitt III, Ziffer VII., Abs. 1d können über die KV abgerechnet werden.</u></p> <p><i>Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.</i></p> <p>Daneben können diabetologisch besonders qualifizierte HAUSÄRZTE gemäß der Ebene 2 des DMP-Vertrages Diabetes Typ II bzw. des DMP-Vertrages Diabetes Typ I im Fall der Mitbehandlung im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der RSAV einen Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Menschen als Pauschale P3a zusätzlich abrechnen.</p> <p>Dieser P3a-Zuschlag ist gesondert in der HzV-Abrechnung zu dokumentieren. <i>Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale ist möglich.</i></p>	Gemäß DMP-Verträgen der AOK	<p>Gelöscht: Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale ist nicht möglich</p> <p>Gelöscht: Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale ist nicht möglich</p>
Kindervorsorge	Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9	<p>HAUSÄRZTE können die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9 für bei ihnen eingeschriebene Patienten bei einem an der HzV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt erbringen lassen. Dessen Honoraranspruch wird in gleicher Höhe mit dem jeweils fälligen Honoraranspruch des überweisenden HAUSARZTES verrechnet. Die Untersuchung durch einen Kinder- und Jugendarzt per Zielauftrag beinhaltet einen Arztbrief an den HAUSARZT.</p> <p><i>Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.</i></p>	25,00 € / Quartal	
Zuschläge auf P1			30,00 € / Untersuchung	<p>Gelöscht: 1</p> <p>Gelöscht: Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale ist nicht möglich</p>
Sonografie-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versicherungsteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	8,00 € / Versicherungsteilnahmejahr	
Kleine Chirurgie-Zuschlag	Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versicherungsteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	5,00 € / Versicherungsteilnahmejahr	
Psychosomatik-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versicherungsteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die erforderliche Qualifikation besitzt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	6,00 € / Versicherungsteilnahmejahr	

Check-up-Zuschlag	Gesundheitsuntersuchung gemäß EBM 01732, gemäß Anlage 2 des HzV-Vertrages jährlich durchführbar, erweitert um folgende Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> Bestimmung von HDL-Cholesterin (EBM 32061), LDL-Cholesterin (EBM 32062), Gamma-GT (EBM 32071), Hämoglobin (EBM 32038); Beratung des Versicherten über Lebensstiländerung und AOK-Gesundheitsangebote ggf. unter Nutzung von ARRIBA, sofern dies medizinisch angezeigt ist. Ggf. inkl. Präventionsempfehlung 	Der Check-up-Zuschlag wird – jeweils einmal pro Vertragsteilnahmejahr des HAUSARZTES – auf P 1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten (Alter: ab 35 Jahre) die in Anhang 2 näher geregelte Check-up-Quote erreicht. Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.	2,00 € / Vertragsteilnahmejahr
	Kindervorsorgeuntersuchungen U7, U8, U9, J1	Der Vorsorge-Zuschlag wird – jeweils einmal pro Vertragsteilnahmejahr des HAUSARZTES – auf P 1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten der jeweiligen Altersgruppe die in Anhang 2 näher geregelte Vorsorge-Quote erreicht. Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.	2,00 € / Vertragsteilnahmejahr
Impf-Zuschlag	Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impf-Ziffer 89111	Der Impf-Zuschlag wird auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten (Alter: ab 60 Jahre) die in Anhang 2 näher geregelte Impf-Quote erreicht. Der Imp fzuschlag wird je HzV-Versichertem maximal einmal im Vertragsteilnahmejahr des HAUSARZTES vergütet. Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.	2,00 € / Vertragsteilnahmejahr
	Zweite MMR (Masern, Mumps, Röteln) gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Imp fziffer 89301 B.	Der Impf-Zuschlag wird auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten der entsprechenden Altersgruppe die in Anhang 2 näher geregelte Impf-Quote erreicht. Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.	2,00 € / Vertragsteilnahmejahr
Zuschläge auf P2			
Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Siehe Anhang 3.	4,00 € / Quartal
Zuschläge auf P3			
VERAH-Zuschlag	Betreuung chronisch kranker Patienten durch VERAH (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	Der VERAH-Zuschlag wird automatisch auf P3 aufgeschlagen, sobald der HAUSARZT gegenüber der Managementgesellschaft durch Vorlage des entsprechenden Zertifikates nachgewiesen hat, dass mindestens eine MFA/Arzthelferin über eine Qualifikation nach Anhang 4 verfügt und dort näher beschriebene Aufgaben übernimmt.	5,00 € / Quartal

Gelöscht: 3

Gelöscht: 33

Gelöscht: 1
 Formatiert: Deutsch (Deutschland)

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser Anlage 12 gilt zunächst vom 1. Oktober 2008 bis 31. März 2011. § 19 Abs. 2 des Vertrages bleibt unberührt.

✂

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

- (1) Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie entsprechende Zuschläge bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach **ABSCHNITT II** werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als nicht-obligatorische Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK und HÄVG/MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der HAUSARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des HAUSARZTES 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 und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 12** ab. Damit sind grundsätzlich alle hausärztlichen, von der HzV erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (**Anhang 1**) als obligatorisch gekennzeichneten Ziffern müssen dabei, soweit im Einzelfall medizinisch erforderlich, zwingend vom HAUSARZT als Teil der Pauschalen (**ABSCHNITT I**) abgerechnet werden. Sie dürfen nicht gesondert gegenüber der KV abgerechnet werden.
- (2) Leistungen, die im Ziffernkranz (**Anhang 1**) als Bestandteil der Pauschale, aber als nicht-obligatorisch gekennzeichnet sind, sind vom HAUSARZT als Bestandteil der Pauschale zu erbringen, sofern er sie nach seiner Qualifikation und/oder Ausstattung selbst erbringen kann. Andernfalls kann, soweit medizinisch erforderlich, ein Zielauftrag bzw. eine Auftragsüberweisung für die Erbringung der jeweiligen Einzelleistung erfolgen.
- (3) Der HAUSARZT muss, soweit medizinisch erforderlich, Leistungen, die ihm in der HzV über die Qualitätszuschläge auf P1 „Kleine Chirurgie“, „Sonografie“ und „Psychosomatik“ vergütet werden, erbringen. Folgende Besonderheiten gelten bei Sonografie (vgl. auch **Anhang 1**):
 - a) Der Qualitätszuschlag „Sonografie“ kann bereits abgerechnet werden, wenn der HAUSARZT mindestens die Leistung „Abdominelle Sonografie“ erbringen kann.

- b) HAUSÄRZTE, die Säuglinge einschreiben, müssen bei Vergütung des Qualitätszuschlages „Sonografie“ zusätzlich obligatorisch die Sonografie der Säuglingshüfte vornehmen, soweit medizinisch erforderlich, um den Qualitätszuschlag zu erhalten.

Nur wenn für diese Leistungen kein Qualitätszuschlag vergütet wird, kann, soweit medizinisch erforderlich, ein Zielauftrag bzw. eine Auftragsüberweisung für die Erbringung der jeweiligen Einzelleistung erfolgen.

III. Abrechnung des HAUSARZTES für die HzV-Versicherten, die einen anderen HAUSARZT gewählt haben

- (1) Bei Vorliegen eines Zielauftrages (Auftragsüberweisung) (vgl. Ziffer II Absatz 2) eines anderen HAUSARZTES kann der HAUSARZT für Leistungen gemäß Ziffer II Absätze 2 und 3 je Zielauftrag für HzV-Versicherte, die den anderen HAUSARZT gewählt haben, die Zielauftragspauschale über die HzV abrechnen.
- (2) DMP Diabetes: Für in DMP Diabetes eingeschriebene Diabetiker eines anderen HAUSARZTES, die vom jeweils diabetologisch besonders qualifizierten Arzt diabetologisch behandelt werden, kann die Pauschale P3a abgerechnet werden (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I). Die Abrechnung der Pauschale P3 durch den überweisenden HAUSARZT bleibt davon unberührt.
- (3) Im Vertretungsfall können die Vertreterpauschale und die Einzelleistungen "Krebsfrüherkennung" und "Inanspruchnahme zu Unzeiten 1 und 2" über die HzV abgerechnet werden.
- (4) Werden Einzelleistungen "Krebsfrüherkennungsuntersuchung" "DMP" und "Kindervorsorge" per Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erbracht, kann hierfür nur die Einzelleistungsvergütung abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht
- (5) Für P3a ist zusätzlich die Abrechnung der Zielauftragspauschale möglich.

Gelöscht: -Früherkennung

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

Gelöscht: , nicht aber zusätzlich die Zielauftragspauschale.

Gelöscht: Ausnahme:

Formatiert: Nummerierung und Aufzählungszeichen

IV. Besonderheiten bei HzV-Leistungen innerhalb von Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ

- (1) Berufsausübungsgemeinschaften („BAG“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse

- a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder
- b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder
- c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.

- (2) Für die Angabe und Abrechnung der Qualitätszuschläge "Sonografie" und "Kleine Chirurgie" kann das Leistungsspektrum der BAG/des MVZ berücksichtigt werden. Dann sind diese Leistungen obligatorisch als Teil der Zuschläge auf P1 abgegolten (Ziffer II Absatz 3). Werden sie nicht durch den jeweils den Zuschlag abrechnenden HAUSARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 9 des Vertrages.
- (3) Nicht-obligatorische Leistungen gemäß **Anhang 1** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht durch den jeweils den Zuschlag abrechnenden HAUSARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 9 des Vertrages.
- (4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen oder Zielaufträgen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.
- (5) Rechnet ein nicht an der HZV teilnehmender Arzt einer BAG/MVZ eine Leistung gem. Anhang 1 (Ziffernkranz) für einen HzV-Versicherten gegenüber der KV ab, obwohl der BAG/MVZ ein HzV-Arzt angehört, auch wenn dieser nicht der betreuende HzV-Arzt dieses HzV-Versicherten ist, so ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 9 des Vertrages.

Gelöscht: Werden Vertretungsfälle von nicht an der HzV teilnehmenden Ärzten der BAG/MVZ gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 9 des Vertrages.

Gelöscht: (5)

Formatiert: Überschrift 3, Einzug: Links: 0 cm, Erste Zeile: 0 cm

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

- (1) 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 die Leistungen im Rahmen des DMP Asthma grundsätzlich vom gewählten HAUSARZT gemäß den entsprechenden Richtlinien zu erbringen.
- (2) Dem HAUSARZT steht es frei, einen an der HzV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt zur Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung U1-U9 per Zielauftrag einzubinden. Erfolgt die Leistungserbringung in diesen Fällen durch einen an der HzV teilnehmenden Kinder- und Jugendarzt, verrechnet die Managementgesellschaft den daraus resultierenden Honoraranspruch des Kinder- und Jugendarztes mit dem jeweils fälligen Honoraranspruch des HAUSARZTES.
- (3) Der eine Kindervorsorgeuntersuchung auf Zielauftrag durchführende Kinder- und Jugendarzt erstellt für den HAUSARZT einen Arztbrief mit dem Untersuchungsergebnis.

VI. Impfleistungen

- (1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der AOK Baden-Württemberg und der KV geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".
- (2) Unbeschadet der pauschalierten Vergütung von Schutzimpfungen sind alle Impfleistungen analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der Abrechnung zu dokumentieren.

VII. Sonderfälle

- (1) Zusätzlich zur HzV-Vergütung darf ein HAUSARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM bzw. DMP-Vereinbarungen im Einzelfall folgende Leistungen für HzV-Versicherte über die KV abrechnen:
 - a) Allergologie (30110-30123);
 - b) Methadon (01950-01952);
 - c) fachärztliche Leistungen im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung;

- d) DMP-Schulungen
- e) Onkologie (01510-01512, 02101)
- f) Phlebologie (30500-30501)
- g) Proktologie (30600-30601, 30610-30611)
- h) Psychotherapie (35130-35131, 35140-35142).

Formatiert: Nummerierung
und Aufzählungszeichen

- (2) Neben der jeweiligen Einzelleistung nach Absatz 1 lit. a) bis d) ist kein Leistungskomplex abzurechnen. Eine zusätzliche Zuzahlung (Praxisgebühr) für diese Patienten wird hierdurch nicht ausgelöst.

VIII. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73 b Abs. 7 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem HAUSARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem HAUSARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern nicht der HAUSARZT nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung gegenüber HzV-Vergütungsansprüchen des HAUSARZTES berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabbrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HAUSARZT der AOK einen pauschalierten Schadensersatz in Höhe von 10 % des gegenüber der KV fehlerhaft abgerechneten Betrages, mindestens jedoch 10 € (Euro), maximal jedoch 50 € (Euro) für jeden Einzelfall (Abrechnungsposition). Dem HAUSARZT ist der Nachweis eines geringeren Schadens unbenommen. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Schadensersatzanspruch nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Sie ist insoweit zur Aufrechnung berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (3) Für den bei einer Fehlabbrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HAUSARZT der AOK einen pauschalierten Schadensersatz in Höhe von 10 % des Betrages der von der Managementgesellschaft

aufgrund der Fehlrechnung vergüteten HzV-Vergütung, mindestens jedoch 10 € (Euro), maximal jedoch 50 € (Euro) für jeden Einzelfall (Abrechnungsposition). Dem HAUSARZT ist der Nachweis eines geringeren Schadens unbenommen. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Schadensersatzanspruch nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Sie ist insoweit zur Aufrechnung berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.

ABSCHNITT IV: Abrechnungsverfahren

I. Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der HAUSARZT ist im Hinblick auf den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen HAUSARZT-Patienten-Kontakt, bei jedem HAUSARZT-Patienten-Kontakt bezogen auf HzV-Versicherte alle Diagnosen vollständig und unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware mit der maximal 5-stelligen ICD-10-Diagnoseziffer bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-2-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln.
- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der HzV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem HAUSARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.
- (4) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den HAUSARZT auf den HzV-Vergütungsanspruch leisten.
- (5) Die Managementgesellschaft bedient sich bei der Abrechnung des in **Anlage 10** benannten Abrechnungszentrums.

II. Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK verpflichtet, die HzV-Abrechnung des HAUSARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft ermittelt für jeden HAUSARZT die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:
 - a) Check-up-Quote;
 - b) Impf-Quote;
 - c) Erfüllung der Voraussetzung für den Zuschlag „Rationale Pharmakotherapie“.
- (3) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK nach ihrer Prüfung gemäß dem vorstehenden Absatz eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der HzV-Abrechnung des HAUSARZTES zur Prüfung. Die AOK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**AOK-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.
 - a) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. Die AOK erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK-Abrechnung gilt als abgestimmte AOK-Abrechnung („**abgestimmte AOK-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die AOK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
 - b) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.
 - c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die Managementge-

Formatiert: Deutsch
(Deutschland)

Formatiert: Deutsch
(Deutschland)

Formatiert: Deutsch
(Deutschland)

sellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK unverzüglich eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte AOK-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.

- (4) Die AOK hat die Zahlung auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto („Abrechnungskonto“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.
- (5) Die AOK leistet an die Managementgesellschaft jeweils zum ersten Kalendertag des Monats, beginnend ab dem 1. November 2008, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 14 € (Euro) pro HzV-Versicherten zur Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität auf das Abrechnungskonto. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 3 entsprechend.
- (6) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („Zuvielzahlung“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („Minderzahlung“).
- (7) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der Managementgesellschaft.
- (8) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale

Formatiert: Deutsch
(Deutschland)

eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.

- (9) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz

Anhang 2 zu Anlage 12: Check-up-/ Kindervorsorge und Impf-Quoten

Anhang 3 zu Anlage 12: Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag

Anhang 4 zu Anlage 12: VERAH-Zuschlag