

Vergütung und Abrechnung

Abschnitt I: HzV-Vergütungspositionen

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

Bezeichnung der HzV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
(kontaktunabhängige) 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 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 ausgezahlt.</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 kann zurückgefordert werden. Für jedes begonnene Quartal erhält der betreuende Hausarzt einen Anteil von einem Viertel der Summe von P 1 und etwaiger Zuschläge auf P1.</p> <p>Bei einem Wechsel des HAUSARZTES beginnt für den neuen HAUSARZT vergütungstechnisch ein neues Versichertenteilnahmejahr.</p>	65,00 €/ Versichertenteilnahmejahr
(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 im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-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	<ul style="list-style-type: none"> 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 Arzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat.</p> <p>Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden.</p>	25,00 €/ Quartal
Vertreterpauschale	<ul style="list-style-type: none"> Vollständige hausärztliche Versorgung eines Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen im Vertretungsfall (Behandlung von HzV-Versicherten, die einen anderen HAUSARZT gewählt haben) 	<p>Die Vertreterpauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen HAUSARZT eingeschriebenen HzV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat. Auf die Vertreterpauschale entfallen keinerlei Zuschläge.</p> <p>Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen HAUSARZTES innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (z. B. Gemeinschaftspraxis, MVZ) ausgelöst.</p>	12,50 €/ Quartal

Einzelleistungen			
Zuschläge bei besonderen Leistungen:			
Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 1	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“ und/oder „Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 3“ abgerechnet werden.	25,00 €/ Leistung
Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 2	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“ und/oder „Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 3“ abgerechnet werden.	40,00 €/ Leistung
Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 3	Inanspruchnahme an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 Uhr	Kann nicht am gleichen Tag wie „Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 1“ und/oder „Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu Unzeit 2“ abgerechnet werden.	10,00 €/ Leistung
Krebsfrüherkennungsuntersuchung	<p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</p> <p>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</p>		<p>20,00 €/ Leistung</p> <p>16,00 €/ Leistung</p>
DMP	Betreuung gemäß der DMP-Verträge mit der KV Baden-Württemberg	DMP wird für die besondere Betreuung für DMP als Einzelleistung gemäß den DMP-Verträgen der AOK mit der Kassennärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vergütet.	Gemäß DMP-Verträgen der AOK
Zuschläge auf P1			
Sonografie-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Vertragsteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, sobald der HAUSARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt sowie die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt.	8,00 €/ Vertragsteilnahmejahr
Kleine Chirurgie-Zuschlag	Erbringung der Leistung „kleine Chirurgie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Vertragsteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, sobald der HAUSARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt.	5,00 €/ Vertragsteilnahmejahr
Psychosomatik-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Vertragsteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, sobald der HAUSARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die erforderliche Qualifikation besitzt.	6,00 €/ Vertragsteilnahmejahr
CheckUp-Zuschlag	<p>Gesundheitsuntersuchung gemäß EBM 01732, erweitert um folgende Leistungen:</p> <p>Bestimmung von HDL-Cholesterin (EBM 32061), LDL-Cholesterin (EBM 32062), Gamma-GT (EBM 32071), Hämoglobin (EBM 32038);</p> <p>Beratung des Versicherten über Lebensstiländerung und AOK-Gesundheitsangebote ggf. unter Nutzung von ARRIBA, sofern dies medizinisch angezeigt ist. Ggf. inkl. Präventionsempfehlung.</p>	Der Checkup-Zuschlag wird – jeweils einmal pro Vertragsteilnahmejahr – auf P 1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HzV-Versicherten (Alter: ab 35 Jahre) die in Anhang 2 näher geregelte Checkup-Quote erreicht.	2,00 €/ Vertragsteilnahmejahr

Impf-Zuschlag	Influenza-Impfung gemäß Empfehlung der STIKO und Dokumentation in der Vertragssoftware anhand der Impf-Ziffern 89133	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 vergütet.	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 verbindliche Selbstauskunft erklärt hat, dass mindestens eine MFA über die Qualifikation verfügt und entsprechende Aufgaben übernimmt. Einzelheiten regelt Anhang 4 .	5,00 € / Quartal

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

Der Leistungsumfang von P1 bis P 3 sowie entsprechende Zuschläge bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**.

Neben den Vergütungspositionen sind mit der Abrechnung die 5-stelligen ICD-10-Diagnosen zu übermitteln.

Abschnitt IV: Abrechnungsverfahren

I. Abrechnung der HzV-Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den HAUSARZT auf den HzV-Vergütungsanspruch leisten.
- (4) 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 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 Managementgesellschaft 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.
- (3) 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 Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.
- (4) Die AOK leistet an die Managementgesellschaft jeweils zum ersten Kalendertag des Monats, beginnend ab dem 1. November 2008, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 14 EUR pro HzV-Versicherten zur Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität auf das Abrechnungskonto. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 3 entsprechend.
- (5) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK-Abrechnung für dieses Abrech-

- nungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („Zuvielzahlung“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („Minderzahlung“).
- (6) 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.
 - (7) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeiträge 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 eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.
 - (8) 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: Checkup- und Impf-Quote

Anhang 3 zu Anlage 12: Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag

Anhang 4 zu Anlage 12: VERAH-Zuschlag