

## 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 <b>P1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung)</li> <li>Vorhalten einer onlinefähigen IT</li> <li>Ausstattung der Praxis mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem</li> <li>Ausstattung mit Vertragssoftware / Hardware</li> <li>Technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass)</li> <li>Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)</li> <li>Vermittlung von Facharztterminen bei Notwendigkeit</li> <li>Angebot einer werktäglichen Sprechstunde sowie mindestens einer Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr pro Woche für berufstätige HZV-Versicherte</li> <li>Kooperation sozialer Dienst</li> </ul>	<p>P1 wird einmalig pro eingeschriebenem 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 des Versichertenteilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES / Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 8 des HZV-Vertrages) oder des HZV-Versicherten aus der HZV, wird die P1 rückwirkend angepasst und ist zurückzuzahlen (§ 19b Abs. 5 des Vertrages).</p> <p>Für jedes begonnene Quartal erhält der betreuende HAUSARZT einen Anteil von einem Viertel der Summe von P1 und etwaiger Zuschläge auf P1. Bei einem Wechsel des HAUSARZTES beginnt für den neuen HAUSARZT vergütungstechnisch ein neues Versichertenteilnahmejahr.</p>	<p><b>Mit Teilnahme FAP:</b>  <b>100,00 € /</b>                  Versicherten-                  teilnahmejahr</p> <p><b>Ohne Teilnahme FAP:</b>  <b>87,00 € /</b>                  Versicherten-                  teilnahmejahr</p>
(kontaktabhängige) Behandlungspauschale <b>P2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Komplette hausärztliche Versorgung des Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</li> <li>Information zu HZV, strukturierten Behandlungsprogrammen sowie spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst, etc.</li> <li>Einleitung einer stationären Vorsorge bzw. Rehabilitation gemäß Anlage 14</li> </ul>	<p>P2 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) 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>	<b>40,00 € / Quartal</b>
(kontaktabhängiger) Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten <b>P3</b>	<p>Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten abgestimmte, die unter P2 genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuierliche Kontrolle der Arzneimitteltherapie (ggf. mit häufigeren Laborkontrollen)</li> </ul>	<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/telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) stattgefunden hat.</p> <p>Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet</p>	<b>25,00 € / Quartal</b>

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>im Sinne einer erhöhten Patientensicherheit bei Polymedikation inkl. Ausstellen oder Anpassen des Medikamentsplans (ab 3 Wirkstoffen) sowie ggf. Beratung und Berücksichtigung von Wechselwirkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Patient muss im Leistungsquartal oder Vorquartal ärztlich behandelt werden.</li> </ul>	<p>werden, wenn im Leistungsquartal oder im Vorquartal ein persönlicher APK erfolgt.</p>	
<p>Versorgungsleistung Multimorbidität <b>P4</b></p>	<p>Speziell auf die Bedürfnisse multimorbider Patienten mit mind. drei Grunderkrankungen abgestimmte und P2/P3 ergänzende hausärztliche Versorgung, die sich in einem erhöhten bzw. intensiveren Anteil folgender hausärztlicher Aufgaben (regelmäßig 10 min. in Praxis oder Häuslichkeit) deutlich macht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortlaufende Beratung bzgl. des Krankheitsverlaufs und Anleitung zum Umgang mit chronischen Erkrankungen durch den HAUSARZT oder die VERAH oder</li> <li>• Koordination (fach-) ärztlicher/ pflegerischer/ sozialer und präventiver Maßnahmen durch den HAUSARZT oder die VERAH. Die Anlage 17 HZV ist inhaltlich zu berücksichtigen. oder</li> <li>• Fakultativ mind. 1 Tätigkeit aus nachfolgender Liste:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medikationsplan</li> <li>- Brown-Bag-Review</li> <li>- Wundmanagement</li> <li>- Überleitungsmanagement stationär – ambulant</li> <li>- AOK- Präventionsangebote</li> </ul>                         oder                     </li> <li>• Kooperation Sozialer Dienst</li> <li>• Der Patient muss im Leistungsquartal oder Vorquartal ärztlich behandelt werden.</li> </ul>	<p>P4 kann max. zweimal pro Abrechnungsquartal und max. einmal pro Tag je HZV-Versicherten abgerechnet werden, sofern es sich bei diesem gemäß der Definition (vgl. Anhang 5) um einen multimorbiden Patienten (mind. drei Grunderkrankungen) handelt und jeweils ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) stattgefunden hat.</p> <p>Entweder im Leistungsquartal oder im Vorquartal muss ein persönlicher APK erfolgen.</p> <p>Änderungen im ICD-10-Katalog führen zu Aktualisierungen des Anhangs 5. Die HAUSÄRZTE stimmen einer entsprechenden Anpassung schon jetzt zu.</p>	<p><b>Max. 2 x 15,00 € / Quartal</b></p>
<p>Pflegeheimpauschale <b>P5</b></p>	<p>Versorgung von HZV-Versicherten in Einrichtungen mit Pflegepersonal (insbesondere Pflege- und Altenheime, Beschützende Wohnheime) durch den HAUSARZT</p>	<p>P5 ist einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten in Einrichtungen mit Pflegepersonal durch den HAUSARZT abrechenbar, sofern ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK), vorliegt.</p> <p>Die Anschrift der jeweiligen Einrichtung ist in der Vertragssoftware zu dokumentieren.</p>	<p><b>25,00 € / Quartal</b></p>

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Zuschlag VERAHmobil  P6a VERAHmobil_Auto P6b VERAHmobil_eAuto P6c VERAHmobil_eBike	Versorgung von HZV-Versicherten durch eine VERAH und dem Einsatz eines speziellen Fahrzeuges gem. der Definition in Anhang 8 des HZV-Vertrages.	Die Pauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal vergütet, sofern durch den Arzt ein VERAHmobil geleast wurde. Grundlage für die Vergütung ist das unterschriebene Meldeformular zur Beantragung des Zuschlags und die Meldung einer angestellten VERAH in der Hausarztpraxis. Näheres hierzu regelt der Anhang 8 zu dieser Anlage. Der Zuschlag wird automatisch erzeugt.	P6a = <b>360,00 €</b> / Quartal P6b= <b>600,00 €</b> / Quartal P6c = <b>150,00 €</b> / Quartal
Palliativmedizinische Betreuung und Koordination P7	Palliativmedizinische Betreuung und Koordination, insbesondere: - Beratung von Angehörigen - telefonische Betreuung - Ausstellen von Verordnungen - etc.  Der Patient muss mindestens einmal im Palliativfall persönlich ärztlich behandelt werden.	Die P7 ist max. 1 x pro Abrechnungsquartal und max. 3 Quartale hintereinander durch den HAUSARZT abrechenbar, sofern (1) ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) vorliegt (2) bei dem Patienten eine palliative Erkrankung (ICD-Code Z51.5G i.V.m. Definition Vereinbarung Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V) vorliegt sowie zusätzlich mind. eine kausale (infauste) Erkrankung dokumentiert und übermittelt (ICD-10) wurde.  Die P7 ist nicht abrechenbar, wenn der HAUSARZT bzw. ein anderer Arzt innerhalb der HBSNR inkl. NBSNRs des HAUSARZTES für den Patienten Leistungen der SAPV abrechnet.	<b>100 €</b> / Quartal
Palliativmedizinischer Besuch P7a	Palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit, in palliativmedizinischen Einrichtungen (Hospiz) oder im Pflegeheim durch den HAUSARZT oder die VERAH	Die P7a ist max. 1 x am Tag und max. 3 Quartale hintereinander durch den HAUSARZT ab dem 4. persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) innerhalb eines Quartals abrechenbar. (1) Die ersten drei HAUSARZT-Patient-Kontakte im Quartal sind mit der P7 abgegolten. (2) Die Telefonberatung der Angehörigen gilt als Leistungstatbestand.  Die Abrechnung der P7a durch den „Vertreterarzt“ ist ab dem 1. Arzt-Patient-Kontakt möglich. (1) Die Telefonberatung der Angehörigen gilt als Leistungstatbestand.  Die P7a ist abrechenbar, sofern bei dem Patienten eine palliative Erkrankung (ICD-Code Z51.5G i.V.m. Definition Vereinbarung Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V) vorliegt sowie zusätzlich mind. eine kausale (infauste) Erkrankung dokumentiert und übermittelt (ICD-10) wurde.  Die P7a ist nicht abrechenbar, wenn der HAUSARZT bzw. ein anderer Arzt innerhalb der HBSNR inkl. NBSNRs des HAUSARZTES für den Patienten Leistungen der SAPV abrechnet.	<b>15,00 €</b> / Leistung
Qualifikationszuschlag Zusatzbezeichnung Palliativmedizin P7b	Zusatzweiterbildung des HAUSARZTES in der Palliativmedizin und Anerkennung der KV	Die P7b wird einmal pro Patient und Quartal als Zuschlag auf die erste vergütete (Vertreterarzt) bzw. dokumentierte (HAUSARZT) P7a bei Nachweis der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin vergütet.	<b>25,00 €</b> / 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)  Der telemedizinische HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) berechtigt nur im Rahmen der organisierten Vertretung (gem. § 5 Abs. 4 g) zur Abrechnung der Vertreterpauschale.	Die Vertreterpauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen HAUSARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) stattgefunden hat.  Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ ausgelöst.	<b>20,00 €</b> / Quartal

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>Zuschlag auf die Vertreterpauschale für die Betreuung von HZV-Versicherten in Pflegeeinrichtungen</b>	Versorgung von fremden HZV-Versicherten in Pflegeeinrichtungen durch den HAUSARZT, bei dem der HZV-Patient nicht eingeschrieben ist („Vertreterarzt“)	Der Zuschlag wird zusätzlich zu der Vertreterpauschale vergütet, sofern innerhalb von drei Quartalen ein Arztwechsel auf den Vertreterarzt erfolgt und in jedem dieser Quartale ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) zwischen dem Vertreterarzt und dem Patienten in der Pflegeeinrichtung erfolgt ist.  Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet.	<b>20,00 € / Quartal</b>  <b>25,00 € / Quartal</b>
<b>Zuschlag auf die Vertreterpauschale für die palliativmedizinische Versorgung in der Häuslichkeit, Pflegeheim oder in palliativmedizinischen Einrichtungen (Hospiz)</b>	Palliativmedizinische Versorgung von fremden HZV Versicherten in der Häuslichkeit, im Pflegeheim oder in palliativmedizinischen Einrichtungen (Hospiz) durch den HAUSARZT, bei dem der HZV-Patient nicht eingeschrieben ist („Vertreterarzt“).	Für Versicherte in palliativmedizinischer Behandlung (ICD-Code Z51.5G i.V.m. Definition Vereinbarung Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V und zusätzlich mind. eine kausale (infauste) Erkrankung, die dokumentiert und übermittelt wurde), wird der Zuschlag für max. 3 Quartale in Folge zusätzlich zu der Vertreterpauschale vergütet, unabhängig eines Arztwechsels. Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.  Der Zuschlag auf die Vertreterpauschale für die Betreuung von HZV-Versicherten in Pflegeeinrichtungen kann nicht parallel abgerechnet werden.	<b>20,00 € / Quartal</b>
<b>Versorgungszuschlag bei Beendigung von HAUSÄRZTEN</b>	Versorgung von HZV-Versicherten insbesondere aufgrund - rückwirkender Beendigung des betreuenden HAUSARZTES oder - regulärer Beendigung des betreuenden HAUSARZTES für Patienten im AOK-Facharztprogramm	Der Zuschlag wird max. für 2 Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der HZV-Versicherte in diesem Zeitraum auf eine Pseudo-Betreuung eingeschrieben ist, eine Vertreterpauschale abgerechnet wurde und der Versicherte bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, in die HZV eingeschrieben ist. Der Zuschlag auf die Vertreterpauschale wird nur demjenigen HAUSARZT gewährt, den der Versicherte durch erneute Abgabe der Teilnahmeerklärung als neuen HAUSARZT wählt.  Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet.  Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	<b>20,00 € / Quartal</b>  <b>25,00 € / Quartal</b>
<b>Aufnahmepauschale bei Schließung der Betreuerpraxis ohne Praxisnachfolge</b>	Versorgung von fremden HZV-Versicherten, deren gewählter HAUSARZT innerhalb der nächsten zwei Quartale ohne Praxisübergabe schließt.	Die Pauschale wird dem Vertreterarzt für max. zwei Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der betreuende HAUSARZT seine Praxis innerhalb der nächsten 2 Quartale ohne Praxisübergabe schließt und die Umschreibung bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, wirksam wurde.  Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet.  Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	<b>20,00 € / Quartal</b>  <b>25,00 € / Quartal</b>
<b>PraCMan</b>  Zuschlag für die Behandlung PraCMan –fähiger Patienten	Betreuung von vorausgewählten Patienten mit dem patientenzentrierten Versorgungsangebot „Hausarztpraxis basiertes Case Management“ (PraCMan).	Die PraCMan-Pauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal vergütet, sofern es sich um einen von der AOK über den Informationsbrief Patiententeilnahmestatus vorausgewählten PraCMan-fähigen Patienten handelt.  Die Leistung ist vom HAUSARZT zu dokumentieren und kann ausschließlich bei eigenen, in der HZV eingeschriebenen Patienten erbracht werden.  Die Voraussetzungen für eine Teilnahme des HAUSARZTES an PraCMan sind in Anhang 10 zur Anlage 12 geregelt. Eine Abrechnung ist nur nach Erfüllung aller dort aufgeführten Teilnahmevoraussetzungen möglich.  Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	<b>80,00 € / Quartal</b>

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>Zielauftragspauschale</b>	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung	<p>Ein Zielauftrag kann</p> <p>(1) nur für nicht-obligatorische Leistungen gemäß <b>Anhang 1</b> erteilt werden, und</p> <p>(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</p> <p>(3) er medizinisch erforderlich ist.</p> <p>Auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge.</p> <p>Ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird kann nicht abgerechnet werden.</p> <p>Die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar.</p> <p>Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.</p>	<b>12,50 € /</b> je Zielauftrag
<b>Zielauftragspauschale Diabetologie</b>	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung für diabetologisch erkrankte Patienten	<p>Die Zielauftragspauschale Diabetologie</p> <p>(1) kann nur durch DMP-Ärzte der Ebene 2 abgerechnet werden und</p> <p>(2) nur sofern diese Leistung in der Praxis des den Zielauftrag erteilenden HAUSARZTES aufgrund fehlender Qualifikation/ Ausstattung (DMP Ebene 2) nicht erbracht werden kann und</p> <p>(3) sie medizinisch erforderlich ist.</p> <p>Die Zielauftragspauschale Diabetologie kann pro Patient mit einer gesicherten diabetologischen Diagnose gem. ICD-Liste (siehe Anhang 7) 5 x im Quartal abgerechnet werden. Eine Mehrfachabrechnung der Zielauftragspauschale je Zielauftrag ist möglich.</p> <p>Ein persönlicher/ HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.</p> <p>Auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge.</p> <p>Ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird, kann nicht abgerechnet werden.</p> <p>Die Zielauftragspauschale Diabetologie, die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar.</p> <p>Änderungen im ICD-10-Katalog führen zur Aktualisierung des Anhangs 7. Die HAUSÄRZTE stimmen einer entsprechenden Anpassung schon jetzt zu.</p>	<b>Max. 5 x 12,50 € /</b> je Zielauftrag Diabetologie
<b>Einzelleistungen</b>			
<b>Zuschläge bei besonderen Leistungen:</b>			
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung</li> <li>Der Patient muss ärztlich behandelt werden.</li> </ul>	<p>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.</p> <p>Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.</p>	<b>21,00 € / Leistung</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut bei Frauen und Männern gem. Abschnitt D.II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung sowie apparative</li> </ul>	<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>Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.</p>	<b>25,00 € / Leistung</b>

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Ausstattung mit einem Dermatoskop (ab vollendetem 20. Lebensjahr).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Der Patient muss ärztlich behandelt werden.</li> </ul>	<p>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.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut bei Frauen und Männern gem. Abschnitt D.II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung sowie apparative Ausstattung ohne einem Dermatoskop (ab vollendetem 20. Lebensjahr).</li> <li>Der Patient muss ärztlich behandelt werden.</li> </ul>	<p>Mit der Abrechnung der Leistung ist zu bestätigen, dass die Untersuchung <b>ohne</b> Hinzuziehen eines Dermatoskops erfolgte. Auffällige bzw. zu beobachtende Befunde sind zu dokumentieren.</p> <p>Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.</p> <p>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. Eine zusätzliche Abrechnung der Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut mit Dermatoskop ist im gleichen Quartal nicht möglich.</p>	20,00 € / Leistung
<b>DMP</b>	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. D.h. nur DMP-Schulungsziffern gemäß Anl. 12, Abschnitt III., Ziffer VII., Abs. 1d können über die KV abgerechnet werden.</p> <p>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.</p>	Gemäß DMP-Verträgen der AOK
Mitbehandlung von diabetologisch erkrankten Patienten <b>P3a</b>	Mitbehandlung gem. der DMP-Verträge Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 mit der KVBW	<p>Daneben können diabetologisch besonders qualifizierte HAUSÄRZTE gemäß der Ebene 2 des DMP-Vertrages Diabetes Typ 2 bzw. des DMP-Vertrages Diabetes Typ 1 im Fall der Mitbehandlung im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der DMP-Anforderungen-Richtlinie eine Pauschale für Patienten, die im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 eingeschrieben sind, zusätzlich abrechnen.</p> <p>Diese P3a-Pauschale ist gesondert in der HZV-Abrechnung zu dokumentieren. Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale Diabetologie ist möglich.</p> <p>Ein persönlicher/ HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.</p>	25,00 € / Quartal
Zuschlag Mitbehandlung von diabetologisch erkrankten Patienten <b>P3b</b>	Mitbehandlung gem. der DMP-Verträge Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 mit der KVBW	<p>Zusätzlich zur Pauschale P3a wird diabetologisch besonders qualifizierten HAUSÄRZTEN mit Qualifizierung zur Teilnahme an DMP Diabetes Typ 1 (gem. § 3 DMP DM1-Vereinbarung i.V.m. Anlage 1a zur Strukturqualität) im Fall der Mitbehandlung im Sinne der Schnittstellenbeschreibung der DMP-Anforderungen-Richtlinie für Patienten, die im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 eingeschrieben sind, für den erhöhten Aufwand ein Zuschlag P3b auf die P3a vergütet.</p> <p>Für den Patienten muss eine gesicherte diabetologische Diagnose gem. ICD-Liste vorliegen (vgl. Anhang 7).</p> <p>Ein persönlicher/ HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.</p> <p>Eine zusätzliche Abrechnung einer Zielauftragspauschale Diabetologie ist möglich.</p> <p>Änderungen im ICD-10-Katalog führen zur Aktualisierung des Anhangs 7. Die HAUSÄRZTE stimmen einer entsprechenden Anpassung schon jetzt zu.</p>	25,00 € / Quartal
<b>Kindervorsorge</b>	Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9	An der HZV teilnehmende und über Anlage 12 abrechnende KINDER-/JUGENDÄRZTE können die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9 für nicht bei ihnen eingeschriebene HZV-Patienten abrechnen. Die Untersuchung durch einen über Anlage	30,00 € / Untersuchung

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	12 abrechnenden KINDER-/JUGENDARZT beinhaltet einen Arztbrief an den HAUSARZT. 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. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	
<b>AOK-Check 18+</b>	Erhebung anamnestischer Daten, motivationale Beratung und Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention gemäß Anhang 9. Aufdeckung von gesundheitsriskantem Lebensstil im Sinne der Primärprävention zur Vermeidung von Folgeerkrankungen durch individuelle Beratung, Motivation und Anleitung. Schwerpunkte der Untersuchungen sind insbesondere: Gewicht, Ernährung, Bewegung, Sucht, chronische Rückenschmerzen, Stress, Depression, kardiovaskuläre Risiken.  Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	Die Leistung kann nur für Versicherte abgerechnet werden, die <ul style="list-style-type: none"> <li>• die HZV-Teilnahme beantragt haben, aber noch keine aktiven Teilnehmer sind</li> <li>• bei Leistungserbringung zwischen 18-34 Jahre alt sind</li> <li>• die Leistung kann max. 1-mal pro BAG abgerechnet werden</li> <li>• kommt es zu keiner wirksamen Versichertenteilnahme bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, kann die Pauschale nicht vergütet werden.</li> </ul> Wird die Leistung für einen bereits eingeschriebenen Versicherten erbracht, ist sie über die Pauschale P2 abgegolten. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	<b>40 € / einmalig pro Arzt und Versicherten</b>
<b>Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie*)</b> <b>56091</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen</li> <li>• Ernährungsberatung (Vitamin K)</li> <li>• Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen</li> <li>• Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Passes</li> </ul>	Die 56091 kann einmalig pro eingeschriebenem HZV-Versicherten durch den HAUSARZT abgerechnet werden. Die Pauschale kann abgerechnet werden, wenn (1) dem Patienten im Abrechnungsquartal erstmalig, d.h. in den letzten fünf Quartalen (5 Vorquartale vor Abrechnungsquartal) vor Verordnung des VKA liegt in den Abrechnungsdaten der AOK keine VKA-Verordnung vor, eine VKA-Therapie verordnet oder (2) der Patient auf eine VKA-Therapie umgestellt wird. Zudem muss mindestens eine der in Anlage 12 im Anhang 11 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden. Die 56091 kann nicht im gleichen Quartal neben der 56092 abgerechnet werden. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal. Die Leistung wird anteilig storniert, wenn im Abrechnungsquartal sowie innerhalb von fünf Quartalen nach Abrechnung der Leistung (Abrechnungsquartal) von einem/r beliebigen Arzt/Ärztin ein DOAK für den Versicherten verordnet wurde. Abgaben oder Verordnungen durch den stationären Sektor oder Klinikambulanzen werden nicht berücksichtigt. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK. Wenn DOAK und VKA am gleichen Tag verordnet werden, wird der Versicherte der DOAK-Gruppe zugeordnet.	<b>120,00 € einmalig pro HZV-Versicherten</b>
<b>Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie*)</b> <b>56092</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboruntersuchungen</li> <li>• Führen des Passes, Terminmanagement</li> <li>• Einwirken auf die Adhärenz des Patienten</li> </ul>	Die 56092 ist einmal pro Quartal pro eingeschriebenem HZV-Versicherten, bei dem eine VKA-Therapie durchgeführt wird, durch den HAUSARZT abrechenbar. Zudem muss mindestens eine der in Anlage 12 im Anhang 11 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden. Die 56092 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguChek®) nicht abrechenbar. Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal. Die 56092 kann nicht im gleichen Quartal neben der 56091 abgerechnet werden.	<b>15,00 € / Quartal</b>

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Ein Patient mit VKA-Therapie wird dadurch identifiziert, dass ihm im Betrachtungszeitraum (Abrechnungsquartal + 5 Vorquartale) entweder ausschließlich und mindestens einmal VKA-Präparate (und keine DOAKs) verordnet wurden oder zwar zunächst DOAKs verordnet wurden, sodann aber VKAs. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg.  Wenn DOAK und VKA am gleichen Tag verordnet werden, wird der Versicherte der DOAK-Gruppe zugeordnet.	
<b>Pauschale Elektronische Arztvernetzung</b>	Umsetzung der Fachanwendungen zur Elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 14 und Anhang 15 zu Anlage 12	Der Zuschlag wird automatisch einmal im Quartal je LANR ausgezahlt, sofern die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung, sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) vorliegen. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung der HÄVG an der elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird.	<b>250,00 € / Quartal</b>
<b>TeleScan-Dermatologie 56090</b>	Durchführung und Versand eines dermatologischen Telekonsils gem. Anlage 12 Anhang 14.1	Mit der Abrechnung der Leistung wird bestätigt, dass im Rahmen des Dermatologie-Facharztvertrags der AOK nach SGB V §140a ein Telekonsil durchgeführt wurde.  Ein persönlicher HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	<b>20,00 € / Leistung</b>
<b>Zuschläge auf P1</b>			
<b>Sonografie-Zuschlag</b>	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 HÄVG/MEDIVERBUND 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.	<b>8,00 € / Versicherungsteilnahmejahr</b>
<b>Kleine Chirurgie-Zuschlag</b>	Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versicherungsteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT HÄVG/MEDIVERBUND per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	<b>5,00 € / Versicherungsteilnahmejahr</b>
<b>Check-up-Zuschlag</b>	Gesundheitsuntersuchung gemäß EBM 01732, gemäß Anlage 2 des HZV-Vertrages jährlich durchführbar, erweitert um folgende Leistungen:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Bestimmung von Gamma-GT (EBM 32071), Glucose im Serum (EBM 32057), Serum-Kreatinin (EBM 32066 oder 32067) sowie kleines Blutbild inklusive Hämoglobin (EBM 32120) oder zusätzlich Hämoglobin (EBM 32038)</li> <li>Beratung des Versicherten über Lebensstiländerung und AOK-Gesundheitsangebote ggf. unter Nutzung von ARRIBA, sofern dies medizinisch angezeigt ist. Ggf. inkl. Präventionsempfehlung</li> </ul>	Der Check-up-Zuschlag wird – jeweils einmal pro Kalenderjahr des HAUSARZTES – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HZV-Versicherten (Alter: ab 35 Jahre) die in <b>Anhang 2</b> näher geregelte Check-up-Quote erreicht. Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.	<b>2,00 € / Kalenderjahr</b>

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	Kindervorsorgeuntersuchungen U7, U8, U9, J1	Der Vorsorge-Zuschlag wird – jeweils einmal pro Vertragsteilnahmejahr des HAUSARZTES– auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT bei den HZV-Versicherten der jeweiligen Altersgruppe die in <b>Anhang 2</b> näher geregelte Vorsorge-Quote erreicht. Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.	<b>2,00 € /</b> Vertragsteilnahmejahr
<b>Impf-Zuschlag</b>	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 <b>Anhang 2</b> näher geregelte Impf-Quote erreicht. Der Imp fzuschlag wird je HZV-Versichertem maximal einmal im Kalenderjahr des HAUSARZTES vergütet. Gilt nicht für Kinder- und Jugendärzte.	<b>3,00 € /</b> Kalenderjahr
	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 <b>Anhang 2</b> näher geregelte Impf-Quote erreicht. Gilt nur für Kinder- und Jugendärzte.	<b>3,00 € /</b> Vertragsteilnahmejahr
<b>Weiterbildungsassistenten-Zuschlag</b>	Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung <sup>Plus</sup>	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der HAUSARZT einen Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung <sup>Plus</sup> der Universität Heidelberg beschäftigt. Teilen sich mehrere HZV-Ärzte in einer BAG einen Weiterbildungsassistenten, kann der Zuschlag nur auf die P1 eines Arztes, d.h. LANR, erfolgen. Je Arzt bzw. LANR wird maximal ein Zuschlag gewährt.	<b>3,00 € /</b> Versichertenteilnahmejahr
<b>Tympanometrie (Audiometrie als Qualifikation)</b>	Messung der Compliance des Mittelohres unter kontinuierlicher Druckänderung und Messung der ipsilateralen und/oder kontralateralen Stapediusreflexe mit mindestens 4 Prüffrequenzen bei klinischer Indikation (indiziert bei vermuteter Schallleitungsstörung)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per Wartungsbericht Tympanometer erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	<b>3,00 € /</b> Versichertenteilnahmejahr
<b>Zuschläge auf P2</b>			
<b>Rationale Pharmakotherapie-Zuschlag</b>	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Siehe <b>Anhang 3</b> .	<b>4,50 € /</b> Quartal
<b>Amblyopie-Screening</b>	Berührungsfreie, mitarbeitsunabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung von Refraktion, Pupillengröße und Pupillenreflexen beider Augen oder alternativ berührungsfreie, mitarbeitsunabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung des Visus beider Augen	Der Zuschlag wird automatisch auf die P2 aufgeschlagen, sofern der Versicherte am Tag der Leistungserbringung zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr ist. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal, sofern der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt.	<b>4,00 € /</b> Quartal
<b>Zuschläge auf P3</b>			
<b>VERAH-Zuschlag</b>	Betreuung chronisch kranker Patienten durch VERAH (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis)	Der VERAH-Zuschlag wird automatisch auf P3 aufgeschlagen, sobald der HAUSARZT der/dem HÄVG/MEDIVERBUND über das Meldeformular mitgeteilt hat, dass mindestens eine MFA/Arzthelferin über eine Qualifikation nach <b>Anhang 4</b> verfügt und dort näher beschriebene Aufgaben übernimmt.	<b>5,00 € /</b> Quartal
<b>Zuschlag Versorgung in Behinderteneinrichtungen</b>	Betreuung von HZV-Versicherten in Behinderteneinrichtungen.	HAUSÄRZTE, die einen überproportional hohen Anteil von AOK-Versicherten in Behinderteneinrichtungen gemäß § 75 SGB XII betreiben. Ein überproportional hoher Anteil wird regelmäßig unterstellt ab 50 in Behinderteneinrichtungen vom	<b>Individueller</b> Zuschlag auf P3

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		HAUSARZT eingeschriebenen und betreuten HZV-Versicherten der AOK.	
<b>Sonderzuschläge</b>			
<b>Sonderzuschlag</b>	Befristeter Sonderzuschlag für fachärztliche Leistungen im Rahmen einer Sonderzulassung für die HZV.	Der Sonderzuschlag kann auf P1 oder P2 oder P3 aufgeschlagen werden (im Einzelfall kann auch eine Einzelleistung vereinbart werden), wenn dem HAUSARZT eine befristete Sonderzulassung erteilt wurde. Die Vergütungshöhe wird zwischen den Vertragspartnern konsentiert. HAUSÄRZTE haben keinen Anspruch auf eine Sonderzulassung der Vertragspartner. Neben dem HZV-Leistungsspektrum sind die im Rahmen einer Sonderzulassung vereinbarten fachärztlichen Leistungen im Rahmen der HZV obligatorisch auch in Vertretungsfällen und bei Zielaufträgen anderer HAUSÄRZTE zu erbringen.	<b>Individuelle Vergütungsvereinbarung</b>
<b>Leistungen in Kooperation mit dem Facharztprogramm</b>			
<b>Fallkonferenz Rücken</b>	Eine Fallkonferenz kann erst nach orthopädischer Betreuung und Beratung (gemäß Anhang 5.1 und 5.4 zu Anlage 17 HZV sowie Anhang 1 und Anhang 4 zu Anlage 17 Orthopädievertrag bzw. aktuelle NVL Kreuzschmerz/Patientenleitlinie Kreuzschmerz) insbesondere zur Funktion der Bandscheiben durch den Orthopäden initiiert werden. Im Anhang 5.1 zur Anlage 17 werden die Leistungsinhalte zur Fallkonferenz Rücken konkretisiert.	Die Fallkonferenz Rücken kann einmal innerhalb von max. 4 Quartalen in Folge abgerechnet werden, bei Patienten: (1) die an dem Facharztprogramm teilnehmen (2) mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen, (3) mit Schmerzzuständen von über 12 Wochen oder AU ab oder über 4 Wochen (4) mit Vorliegen einer M.54- Diagnose und einer der drei ICD Codes F62.80, F45.40 oder F45.41 Sollten weitere Fallkonferenzen innerhalb der 4 aufeinander folgenden Quartale erforderlich sein, sind diese durchzuführen (obligatorische Teilnahme) und ebenfalls in der Vergütung von 50 Euro inbegriffen.	<b>Einmal 50,00€</b> für vier aufeinanderfolgende Quartale

## **ABSCHNITT II: LAUFZEIT**

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 12** gilt zunächst bis zum 31. März 2025. § 19 Abs. 2 des Vertrages bleibt unberührt.

## **ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN**

### **I. Gesamtziffernkranz (Anhang 1)**

- (1) Mit der HZV-Vergütung sind für HZV-Versicherte grundsätzlich alle Leistungen von HAUSÄRZTEN bzw. Ärzten der selben BAG/ MVZ abgegolten, die im HZV-Vertrag enthalten sind. Für in das AOK-Facharztprogramm eingeschriebene Versicherte sind mit der HZV-Vergütung grundsätzlich alle Leistungen von HAUSÄRZTEN bzw. Ärzten der selben BAG/ MVZ abgegolten, die im AOK-Hausarztprogramm oder in einem AOK-Facharztprogramm enthalten sind. HAUSÄRZTE dürfen Leistungen, die im HZV-Vertrag oder einem AOK-Facharztprogramm enthalten sind, für in das AOK-Facharztprogramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Dies gilt für HAUSÄRZTE selbst und für Ärzte der selben BAG/ MVZ. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen. Zur Sonderregelung für Psychotherapie vgl. Ziffer VII. Abs. 3.
- (2) Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie entsprechende Zuschläge bestimmen sich grundsätzlich anhand des „Gesamtziffernkranzes“ 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 Gesamtziffernkranzes 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 bzw. als Bestandteil der 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.

- (4) Bei dem HAUSARZT, der aufgrund der Rückgabe seiner Kassenzulassung die HZV fristgerecht gemäß § 8 Abs. 3 des HZV-Vertrags kündigt, erfolgt keine rückwirkende Anpassung bzw. Rückforderung des in P1 kalkulatorisch enthaltenen P2-Anteils für HZV-Patienten mit unvollständigem Versichertenteilnahmejahr sofern für den betreffenden HZV-Patienten mindestens ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) erfolgt ist.
- (5) Ein HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) wird wie nachfolgend definiert:
  - a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur hausärztlichen Versorgung des Patienten.
  - b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
  - c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinischer APK umfasst auch die Telefonie.
  - d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
  - e) Ein Ausschluss der Delegation nach lit. d ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Jeder persönliche HAUSARZT/Arzt-Patienten-Kontakte (APK) nach Abs. 5 lit. b ist mit der Dokumentationsziffer 0000 zu dokumentieren. Jeder telemedizinische APK nach Abs. 5 lit. c ist mit der Dokumentationsziffer 0000F zu dokumentieren.

### **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 (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).
- (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 "Krebs-Früherkennung" über die HZV abgerechnet werden (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).
- (4) Werden Einzelleistungen "Krebsfrüherkennungsuntersuchung" "DMP" und "Kindervorsorge" per Zielauftrag durch einen anderen HAUSARZT erbracht, kann hierfür nur die Einzelleistungsvergütung abgerechnet werden (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT 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
- (5) Für P3a ist zusätzlich die Abrechnung der Zielauftragspauschale möglich (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).
- (6) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Regelungen bei der Versorgung von HZV-Patienten durch HAUSÄRZTE, bei denen die HZV-Patienten nicht eingeschrieben sind („Vertreterärzte“), in Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 SGB XI mit Wirkung zum 1. Juli 2011:
  - a) HAUSÄRZTE, die als Vertreterärzte in Pflegeeinrichtungen HZV-Patienten von anderen HZV-Ärzten versorgen, erhalten einen Zuschlag auf die Vertreterpauschale in Höhe von 20,00 EUR maximal in 3 aufeinander folgenden Quartalen.
  - b) Der Zuschlag wird nur ausgezahlt, wenn ein Arztwechsel auf den Vertreterarzt spätestens zu Beginn des dritten, auf die Abrechnung der Vertreterpauschale folgenden Quartals erfolgt (Beispiel: Behandlung durch den Vertreterarzt am 10. Mai (Q2), spätester Teilnahmebeginn bei dem Vertreterarzt nach dem HZV-Arztwechsel ist der 1. Januar im Folgejahr; der Vertreterarzt kann somit für Quartal 2, 3 und 4 jeweils den Vertreterzuschlag erhalten, sofern jeweils die entsprechenden Voraussetzungen aus ABSCHNITT I vorliegen.)
  - c) Bleibt der HZV-Patient weiterhin bei seinem bisherigen HAUSARZT eingeschrieben, werden die Zuschläge nicht ausgezahlt. Endet die Teilnahme des HZV-Patienten aus einem Grund, den der Vertreterarzt nicht zu verantworten hat – z. B. Tod oder Kündigung der HZV-Teilnahme -, bevor der Wechsel innerhalb von 3 Quartalen durchgeführt werden konnte, bleibt der Anspruch des Vertreterarztes auf den Zuschlag bzw. die Zuschläge bestehen.
  - d) Die Vertreterärzte müssen zur rechtzeitigen Veranlassung eines Arztwechsels eine Online-Prüfung über den Teilnahmestatus HZV vornehmen und eine neue Patienten-Teilnahmeerklärung mit Begründung für den Arztwechsel schnellstmöglich an das Rechenzentrum übermitteln. Das Rechenzentrum leitet die Teilnahmeerklärung an die AOK weiter.

#### **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. 1 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. 1 des Vertrages.
- (4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen oder Zielaufträgen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich. 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. 1 des Vertrages.

**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.
- (3) Der eine Kindervorsorgeuntersuchung auf Zielauftrag durchführende Kinder- und Jugendarzt erstellt für den HAUSARZT einen Arztbrief mit dem Untersuchungsergebnis.
- (4) Die Direktinanspruchnahme von an der HZV teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten durch HZV-Versicherte (Kinder und Jugendliche) ohne Zielauftrag ist möglich. Für diesen Fall gelten die Vergütungs- und Behandlungsregeln der Vertreterpauschale analog.

**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, die nicht in das AOK-Facharztprogramm eingeschrieben sind, über die KV abrechnen:
  - a) Allergologie (30121);
  - 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)
  - i) HIV-Betreuung (30920, 30922, 30924)
- (2) Für Versicherte, die nicht nur im HZV-Vertrag, sondern zusätzlich in das AOK-Facharztprogramm eingeschrieben sind, dürfen vom HAUSARZT oder einem Arzt der selben Praxis (BAG/ MVZ) zusätzlich zur HZV-Vergütung nur solche Leistungen mit der KV abgerechnet werden, die nicht in einem AOK-Facharztprogramm enthalten sind (vgl. Gesamtziffernkranz, Anhang 1 zu Anlage 12).
- (3) HAUSÄRZTE, die über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen, können vom Beirat des 73c-Vertrages Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zur Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen über dieses Programm zugelassen werden.
- (4) Neben der jeweiligen Einzelleistung nach Absatz 1 lit. a) bis i) ist kein Leistungskomplex bzw. keine Grundpauschale über die KV abzurechnen.
- (5) Für Versicherte, die zusätzlich in das AOK-Facharztprogramm eingeschrieben sind, gelten die Bestimmungen des Gesamtziffernkranzes, (vgl. Anhang 1 zu Anlage 12).
- (6) Nimmt ein HAUSARZT gleichzeitig an einem oder mehreren Verträgen des AOK-Facharztprogramms, mit Ausnahme des Psychotherapie-Moduls im PNP-Vertrag, teil, kann für überwiesene HZV-Versicherte keine Vertreterpauschale nach diesem VERTRAG abgerechnet werden, sofern der HAUSARZT den Patienten am gleichen Tag über das AOK-Facharztprogramm abrechnet. Die MANAGEMENTGESELLSCHAFT kürzt nach Erhalt der entsprechenden Abrechnungsinformationen durch die AOK die Rechnung.

## 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

HÄVG/MEDIVERBUND ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabrechnung 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 HÄVG/MEDIVERBUND 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 Doppelabrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HAUSARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die HÄVG/MEDIVERBUND ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die HZV-Vergütung berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die HÄVG/MEDIVERBUND der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.
- (3) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 19b Abs. 5 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HAUSARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die HÄVG/MEDIVERBUND ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die HZV-Vergütung berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die HÄVG/MEDIVERBUND der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

## **IX. Abrechnung Versorgung Behinderteneinrichtungen**

Die AOK teilt HÄVG/MEDIVERBUND die zwischen AOK und HAUSARZT vereinbarte individuelle Vergütungshöhe des Zuschlags Versorgung in Behinderteneinrichtungen mit sowie den Beginn und das Ende der Regelung.

## **X. Sonderzuschläge**

- a) Die Vertragspartner können einvernehmlich aus Gründen der Sicherstellung und Wirtschaftlichkeit auf Antrag einzelner HAUSÄRZTE befristete Sonderzulassungen erteilen, die das Erbringen fachärztlicher Leistungen durch einzelne HAUSÄRZTE vorsehen, wenn diese die Qualifikation für die Leistung nachweisen können und keine fachärztliche Teil- bzw. Zulassung durch den Zulassungsausschuss haben und diese Leistungen nicht über die Regelversorgung abgerechnet werden können sowie ein Engpass in der regionalen Versorgung vorliegt.
- b) Die Vergütung erfolgt als Strukturzuschlag – je nach Teilgebiet und vereinbartem Leistungsspektrum –, auf P1 oder P2 oder P3 oder als zu vereinbarende Einzelleistung.
- c) HAUSÄRZTE haben keinen Anspruch auf eine Sonderzulassung innerhalb der HZV.

## **ABSCHNITT IV: Abrechnungsverfahren**

### **I. Abrechnung der HZV-Vergütung durch die HÄVG/MEDIVERBUND**

- (1) Die HÄVG/MEDIVERBUND sind zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des HAUSARZTES nach den Vorgaben dieser Anlage 12 verpflichtet. Das von der HÄVG/MEDIVERBUND hierzu eingesetzte Rechenzentrum („Rechenzentrum“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG

Edmund - Rumpler - Straße 2

51149 Köln

Service-Hotline: 02203 5756 1111

Fax: 02203 57561110

- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK), bei jedem persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) bezogen auf HZV-Versicherte alle Diagnosen gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit Zusatzkennzeichen und unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des BfArM – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – über die Vertragssoftware zu übermitteln bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.
- (3) Der HAUSARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der HÄVG/MEDIVERBUND) vor Übermittlung der HZV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (4) 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 HÄVG/MEDIVERBUND zu melden.
- (5) Die HÄVG/MEDIVERBUND werden unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den HAUSARZT auf den HZV-Vergütungsanspruch leisten.

### **II. Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND**

- (1) Der HAUSARZT ist verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK), bei jedem persönlichen/ telemedizinischen HAUSARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) bezogen auf HZV-Versicherte alle Diagnosen gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit Zusatzkennzeichen und unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation

der Krankheiten des BfArM – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – über die Vertragssoftware zu übermitteln bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

- (2) Der HAUSARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der HÄVG/MEDIVERBUND) vor Übermittlung der HZV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die HÄVG/MEDIVERBUND 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 HÄVG/MEDIVERBUND zu melden.
- (4) Die HÄVG/MEDIVERBUND wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den HAUSARZT auf den HZV-Vergütungsanspruch leisten.
- (5) Die HÄVG/MEDIVERBUND bedient sich bei der Abrechnung des in Abschnitt IV, Ziffer I dieser **Anlage 12** benannten Rechenzentrums.

### **III. Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK**

- (1) Die HÄVG/ MEDIVERBUND sind 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 HÄVG/MEDIVERBUND ermitteln 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 HÄVG/MEDIVERBUND übersendet der AOK nach ihrer Prüfung gemäß dem vorstehenden Absatz eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der HZV-Abrechnung des HAUSARZTES zur Prüfung. Die HÄVG/MEDIVERBUND bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung in Abschnitt IV, Ziffer I dieser Anlage 12 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 der für den jeweiligen HAUSARZT geprüften HZV-Vergütung einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen aus.
- (4) 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 HÄVG/MEDIVERBUND übermittelte

Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der HÄVG/MEDIVERBUND schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge. Die AOK informiert die HÄVG/MEDIVERBUND über die Erhebung von Abrechnungsrügen und damit verbundene Verzögerungen im Rahmen der Abrechnung.

- 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 von der HÄVG/MEDIVERBUND eine Rechnung.
  - c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die HÄVG/MEDIVERBUND die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersenden 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.
- (5) Die AOK hat die Zahlung auf das von der HÄVG/MEDIVERBUND gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto der HÄVG („**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 HÄVG/MEDIVERBUND bleibt unberührt.
- (6) Die AOK leistet jeweils zum ersten Kalendertag des Monats, beginnend ab dem 1. November 2008, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 15,50 EUR pro HZV-Versicherten zur Herstellung der für die Abrechnung durch die HÄVG/MEDIVERBUND erforderlichen Liquidität auf das Abrechnungskonto. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 5 entsprechend.
- (7) 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 HÄVG/MEDIVERBUND vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“). Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die HÄVG/MEDIVERBUND 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 HÄVG/MEDIVERBUND.

- (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 HÄVG/MEDIVERBUND den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die HÄVG/MEDIVERBUND.
- (9) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 7 und 8 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:** Gesamtziffernkranz AOK Baden-Württemberg, Verträge nach §§73b und c sowie § 140a SGB V

**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

**Anhang 5 zu Anlage 12:** Krankheitsgruppen Multimorbidität (Pauschale P4)

**Anhang 6 zu Anlage 12:** Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung in der HZV

**Anhang 7 zu Anlage 12:** ICD-Liste Diabetologie ZAP Diabetologie/ P3b

**Anhang 8 zu Anlage 12:** VERAH*mobil*

**Anhang 9 zu Anlage 12:** AOK-Check 18+

**Anhang 10 zu Anlage 12:** PraCMan

**Anhang 10a zu Anlage 12:** Erweiterung des CareCockpits um ein Modul zum Telefonmonitoring von Patienten mit COVID-19 in der Häuslichkeit

**Anhang 11 zu Anlage 12:** Aufwandsvergütung in der Vitamin-K-Antagonisten Therapie

**Anhang 12 zu Anlage 12:** entfällt

**Anhang 13 zu Anlage 12:** entfällt

**Anhang 14 zu Anlage 12:** ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

**Anhang 14.1 zu Anlage 12:** TeleScan-Dermatologie

**Anhang 15 zu Anlage 12: Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN  
ARZTVERNETZUNG: unbesetzt**