

Anlage 5 "Vergütung"

zum "Vertrag zwischen den Ersatzkassen BARMER GEK, DAK-Gesundheit, KKH, HEK und hkk sowie dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. und der von ihm beauftragten Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V ("Hausarztvertrag)" vom 27.06.2013

§ 1 Allgemeines

Gemäß § 10 Abs. 2 des Hausarztvertrages erhält der teilnehmende Arzt bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen die nachfolgenden Vergütungen.

§ 2 Grundpauschale (G 1)

- (1) Der teilnehmende Hausarzt erhält pro Quartal für den besonderen Koordinierungsaufwand in der hausarztzentrierten Versorgung eine Grundpauschale (G 1) je Behandlungsfall in Höhe von 5,00 EUR für jeden bei ihm in diesem Quartal eingeschriebenen Versicherten der jeweiligen Ersatzkasse, soweit in diesem Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt. Die Abrechnung erfolgt im Quartal der Einschreibung, erstmalig ab dem 01.07.2013, über die Pseudo-Ziffer 98700, sofern der Versicherte teilnahmeberechtigt ist und keinen Widerspruch einlegt. In den nachfolgenden Quartalen erfolgt die Abrechnung der Grundpauschale unter Angabe der Pseudo-Ziffer 98701.
- (2) Die Zahlung dieser Pauschale setzt voraus, dass der Hausarzt
 - a) gemäß § 3 Abs. 7f des Hausarztvertrages aktiv an der Erreichung der Ziele nach Anlage 6 teilnimmt.
 - b) seiner Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V insbesondere durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln gemäß § 5 Abs. 4 - 7 des Hausarztvertrages nachkommt.
 - c) die Service-Standards nach § 6 des Hausarztvertrages erfüllt.
 - d) seine Patienten umfassend über das Hausarztprogramm der Ersatzkasse informiert (§ 3 Abs. 7g des Hausarztvertrages).
 - e) an mindestens zwei hausärztlich geprägten strukturierten Behandlungsprogrammen der Ersatzkassen teilnimmt (§ 3 Abs. 7b des Hausarztvertrages).
- (3) Nach einer Laufzeit von einem Jahr wird das Inanspruchnahmeverhalten der eingeschriebenen Versicherten bei anderen Ärzten analysiert. Sollte wider Erwarten die Anzahl der in Anspruch genommenen zusätzlichen Ärzte gleich bleiben oder steigen, werden die Vertragspartner geeignete Maßnahmen ergreifen, um eine entsprechende Steuerung zu optimieren. Hierbei soll auch geprüft werden, ob durch eine Differenzierung der Quartalspauschale im Falle der Verbesserung oder Verschlechterung der Koordination der Behandlung dieses Ziel erreicht werden kann.

§ 3

Arztentlastendes Praxismanagement (VERAH)

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren eine Förderung der Praxen mit einer angestellten nicht-ärztlichen Praxisassistentin (z. B. VERAH) gemäß Anlage 4. Die Basisvergütung erfolgt über eine Erhöhung der Grundpauschale (G1) pro Quartal um 1,50 EUR. Die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse erfolgt über die Pseudo-GOP 98702.
- (2) Des Weiteren wird zur Förderung der Hausbesuche durch die nichtärztliche Praxisassistentin die Abrechnung dieser Einzelleistungen analog der Leistungsbeschreibung der EBM-Ziffern 40870 sowie 40872 im Rahmen der HzV für die teilnehmenden Versicherten ermöglicht. Für den Hausbesuch durch die nichtärztliche Praxisassistentin ist die Pseudo-GOP 98703 und für den Mitbesuch die Pseudo-GOP 98704 abzurechnen. Die Bewertung der Leistungen erfolgt entsprechend dem EBM mit 17,00 EUR für die 98703 und mit 12,50 EUR für die 98704. Die Abrechnung der Pseudo-Ziffer 98703 und 98704 schließt die Abrechnung der EBM-Ziffern 40240 und 40260 sowie 40870 und 40872 aus.
- (3) Weiterhin gilt § 2 Abs. 2 der Anlage 8 BMV-Ä und EKV ‚Delegations-Vereinbarung‘ nicht.

§ 4

Medikations-Check (Medi-Check)

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren die Einführung eines Medikationschecks. Dieser wird mit 17,50 EUR vergütet und auf Anforderung der Krankenkassen durchgeführt. Die Vergütung erfolgt als Einzelleistungsvergütung über die Abrechnungsnummer 98705.
- (2) Die jeweilige Ersatzkasse teilt dem Hausarzt unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften die von ihm betreuten Patienten mit, die nach der Datenlage der Ersatzkasse einer Koordination der Medikamentengabe bedürfen. Das Nähere regeln die Vertragspartner in einer gesonderten Anlage "Medikations-Check" bis zum 01.10.2013.
- (3) Soweit ein vereinbartes Mindestvergütungsvolumen von 5 % des nach jeweils 4 Quartalen ermittelten Quartalsdurchschnitts der eingeschriebenen Versicherten multipliziert mit 17,50 EUR nicht erreicht wird, erfolgt eine kassenspezifische Aufschlüsselung der Auslösungsquoten. Die jeweiligen Krankenkassen leisten dann eine Nachzahlung, in dem Umfang, in dem sie an der Unterschreitung der Quote ursächlich beteiligt sind. Damit wird ein Vergütungsvolumen für die Finanzierung zur Durchführung der Medi-Checks garantiert. Bei Nichtausschöpfung des Volumens verständigen sich die Vertragspartner über die Mittelverwendung der o.g. Nachzahlung. Eine Rückzahlung an die Krankenkassen ist im Rahmen dieser Verständigung ausgeschlossen.

§ 5

Auszahlungszeitpunkte

Für die Vergütung des teilnehmenden Hausarztes werden folgende Fristen vereinbart:

Vergütungsposition	Auszahlungszeitpunkt	Datengrundlage
G 1	Honorarrestzahlung	Abrechnungsdaten gem. § 295 SGB V Teilnahmeverzeichnis des jeweiligen Quartals
VERAH-Vergütung	Honorarrestzahlung	Abrechnungsdaten gem. § 295 SGB V
Medi-Check	Honorarrestzahlung	Abrechnungsdaten gem. § 295 SGB V

§ 6 Datenübermittlung

Die KVSA nimmt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten der im Rubrum genannten Ersatzkassen von den Hausärzten entgegen und übermittelt die Teilnehmerdaten in elektronisch verarbeitbarer Form an die jeweilige Ersatzkasse. Näheres regelt die Prozessbeschreibung.

§ 7 Rechnungslegung und Bereitstellung der Mittel

Die Mittel für die Vergütung der Leistungen aus dem Hausarztvertrag sind von der KVSA im Rahmen der Rechnungslegung für die vertragsärztlichen Leistungen anzufordern.