

Anlage 4 „Vergütung“

zum „Vertrag zwischen der IKK gesund plus und dem Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e. V. unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (Hausarztvertrag)“ vom 24.06.2009

Die Vertragspartner untersetzen den o. g. Hausarztvertrag mit IKK-spezifischen Anforderungen und Regelungen, die im Folgenden aufgeführt sind.

§ 1

Servicestandards

- (1) Der Arzt führt bei Bedarf mindestens einmal im Monat eine Abendsprechstunde (bis 20 Uhr) oder eine Samstagssprechstunde für Versicherte der IKK gesund plus durch. Diese hat nach entsprechender Terminvereinbarung mit den Versicherten stattzufinden.
- (2) Der Arzt bietet im Rahmen von Vorsorgekampagnen der IKK gesund plus (z. B. Screening-Maßnahmen, Vorsorgeuntersuchungen, Check-up-Plus, Medikations-Check, Arbeitsunfähigkeits-Check) gesonderte Sprechzeiten an.
- (3) Im Falle einer dringend notwendigen Diagnostik unterstützt der Hausarzt den Versicherten bei der Terminvereinbarung bei einem Facharzt. Hierzu nimmt der Hausarzt respektive die Praxisassistentin (VERAH) unverzüglich Kontakt zum Facharzt auf und versucht, einen verbindlichen Termin zu vereinbaren.
- (4) Die Einhaltung der Servicestandards wird durch die IKK gesund plus in geeigneter Weise ausgewertet.

§ 2

Vergütungsregelungen zur Koordinierungspauschale (G1)

- (1) Es wird eine jährliche Koordinierungspauschale pro HzV-Teilnehmer an den Arzt gezahlt:
 - a) 25,00 Euro bei Nachweis über den Erwerb der Vertragssoftware (Versorgungssteuerungsmodul IKK gesund plus) gemäß Anlage 3 gegenüber der KVSA oder
 - b) 20,00 Euro ohne Nachweis über den Erwerb der Vertragssoftware gemäß Anlage 3 gegenüber der KVSA, wenn der PVS-Hersteller das Versorgungssteuerungsmodul IKK gesund plus nicht anbietet bzw. der Arzt für das laufende Jahr seinen Ruhestand erklärt oder
 - c) 10,00 EUR ohne Nachweis über den Erwerb der Vertragssoftware gemäß Anlage 3 gegenüber der KVSA.
- (2) Betrachtet werden die eingeschriebenen HzV-Teilnehmer am Stichtag 31.03. eines jeweiligen Kalenderjahres. Ein HzV-Teilnehmer kann nur bei einem an der HzV teilnehmenden Arzt eingeschrieben sein. Eine gleichzeitige Einschreibung bei

mehreren Ärzten ist ausgeschlossen. Für die Auszahlung der jeweiligen Koordinierungspauschale gem. § 2 Abs. 1 a) bis c) dieser Anlage ist der Status des Softwareerwerbs jeweils zum 31.03. eines Kalenderjahres ausschlaggebend.

- (3) Die Koordinierungspauschale kommt bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 und Aufgaben nach § 6 gem. Grundvertrag zum Tragen und beinhaltet zusätzlich die Einhaltung der Servicestandards gem. § 1 dieser Anlage.

§ 3

Anschubfinanzierung für den Softwareerwerb (Versorgungssteuerungsmodul der IKK gesund plus)

Über eine Unterstützung der Hausärzte bei der ggf. notwendigen Investition in Software und Hardware verständigen sich die KVSA und die IKK gesund plus im Einzelfall.

§ 4

Vergütungsregelungen zu Zielvereinbarungen (V1)

- (1) Im Rahmen der HZV werden Zielvereinbarungen insbesondere zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln vereinbart.
- (2) Die Gestaltung der Zielvereinbarungen und Festlegung der Zielwerte regelt Anlage 5.
- (3) Bei Erreichung des Ziels nach Anlage 5 § 1 A. erhält der teilnehmende Haus- oder Kinderarzt einen Zuschlag je eingeschriebenen HZV-Teilnehmer in folgender Abstaffelung:
- a) Ausgabenziel Stufe 1a erreicht: 12,00 Euro
 - b) Ausgabenziel Stufe 1b erreicht: 8,00 Euro
 - c) Ausgabenziel Stufe 1c erreicht: 4,00 Euro

Der Zuschlag verringert sich je nach arztindividuellem Zulassungszeitraum gem. Anlage 5 § 3 Abs. 4 (25% des Zuschlags bei 1 Quartal, 50% des Zuschlags bei 2 Quartalen, 75% des Zuschlags bei 3 Quartalen).

- (4) Für die Vergütung gemäß Absatz 3 sind die eingeschriebenen HZV-Teilnehmer zum 31.03. des jeweiligen Vorjahres maßgebend.
- (5) Bei Erreichung des Ziels nach Anlage 5 § 1 B. erhält der teilnehmende Haus- oder Kinderarzt einen Zuschlag je verordneter Packung von Blutzuckerteststreifen in der Preisgruppe B und C in Höhe von 5,00 Euro.

§ 5

Weitere Zielvereinbarungen

Über die Ziele in § 4 hinaus können weitere Ziele mit einzelnen Qualitätszirkeln vereinbart werden. Diese werden in gesonderten Vereinbarungen geregelt.

§ 6

Vergütungsregelungen zum arztentlastenden Praxismanagement (VERAH)

- (1) Voraussetzung für die Vergütung einer VERAH nach dieser Anlage ist der Nachweis gemäß § 8 Abs. 5 des Hausarztvertrages. Je angestellter VERAH nach § 8 des Hausarztvertrages in der Praxis müssen mindestens 30 eingeschriebene HZV-teilnehmer der IKK zum 31.03 des laufenden Jahres gemeldet sein. Erfüllt die Praxis diese Voraussetzung, erhält sie ohne gesonderte Abrechnung eine jährliche Pauschale von 300,00 Euro. Dabei wird die Vergütung je VERAH nur einmal ausbezahlt.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Leistungen, die durch Zuschläge zu den GOPs 03062 und 03063, bei Besuchen durch die nicht ärztliche Praxisassistentin (VERAH) abgerechnet werden können:
 1. präventiver Hausbesuch: Im Rahmen dieser Leistung wird das häusliche Umfeld des Versicherten auf gesundheitliche Risikofaktoren wie das individuelle Sturzrisiko und das Medikamentenregime begutachtet und dokumentiert. Die Ergebnisse werden mit dem Hausarzt besprochen und ausgewertet. Dieser leitet abschließend ggf. entsprechende Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik zur Sturzprophylaxe, Verordnung, Hilfsmittelversorgung) zur Minimierung der gesundheitlichen Risikofaktoren ein. Die Abrechnung erfolgt über die Abrechnungsziffer 99798. Die Vergütung beträgt 10,00 Euro je Besuch.
 2. Besuch zur Einschätzung von Pflegemaßnahmen: Im Rahmen dieser Leistung werden grundpflegerische Tätigkeiten wie die Hilfen zur Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und Lagerung, die Wundversorgung, das Medikamentenregime und die hauswirtschaftliche Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten betrachtet und dokumentiert. Die Ergebnisse werden mit dem Hausarzt besprochen und ausgewertet. Dieser leitet anschließend ggf. entsprechende Maßnahmen ein, wie zum Beispiel Anpassung der HKP-Verordnung. Die Abrechnung erfolgt über die Abrechnungsziffer 99799. Die Vergütung beträgt 10,00 Euro je Besuch.

Die Durchführung der Besuche kann durch den Hausarzt oder auf Anfrage der IKK gesund plus initiiert werden.

§ 7

Zusatzleistungen

- (1) Ergänzend zu diesem Vertrag verständigen sich die Vertragspartner zur Umsetzung eines Check-up-Plus, eines Medikations-Checks und eines Arbeitsunfähigkeits-Checks für teilnehmende Versicherte. Die Umsetzung regeln gesonderte Verträge.
- (2) Die IKK gesund plus stellt den HZV teilnehmenden Praxen das regelmäßig erscheinende IKK-Gesundheits-Telegramm als Serviceleistung zur Patienteninformation per Post zur Verfügung.
- (3) Über weitere Themen und Kommunikationswege stimmen sich die Vertragspartner ab.

§ 8

Zahlungsmodalitäten

- 1) Für die Vergütung der G1 teilt die IKK gesund plus dem Arzt jeweils bis zum 30.04. eines Jahres die eingeschriebenen HZV-Teilnehmer zum Stichtags 31.03. in Form einer Liste mit. Diese Liste enthält neben den Angaben des koordinierenden Hausarztes (Name, Vorname, Praxisanschrift, BSNR), den jeweiligen für die Einschreibung relevanten Stichtag, Angaben der IKK gesund plus (Ansprechpartner, Institutionskennzeichen) folgende versichertenbezogenen Angaben:
 - a) Laufende Nummer des Versicherten (Zähler)
 - b) Name und Vorname des HZV-Teilnehmers
 - c) Krankenversichertennummer des HZV-Teilnehmers
 - d) Geburtsdatum des HZV-Teilnehmers
 - e) Wohnort des HZV-TeilnehmersDie Liste ist alphabetisch aufsteigend nach den Namen der eingeschriebenen Versicherten zu sortieren.
- 2) Der Arzt kann gegenüber der IKK gesund plus innerhalb von drei Kalenderwochen nach Zugang der Liste gemäß Abs. 1 widersprechen. Zwischen Arzt und IKK gesund plus erfolgt in diesem Fall ein Abgleich der gemäß § 5 des Hausarztvertrages eingeschriebenen HZV-Teilnehmer.
- 3) Die IKK gesund plus übermittelt der KVSA innerhalb von 8 Wochen nach dem Stichtag 31.03. eine für alle teilnehmenden Ärzte zusammengeführte Liste als Grundlage für die G1 Vergütung der Ärzte. Für die Übermittlung der Daten gilt die vereinbarte Schnittstellenbeschreibung.

§ 9

Rechnungslegung und Bereitstellung der Mittel

- (1) Für die Auszahlung der Vergütungspositionen G1, VERAH und V1 an den Arzt, stellt die IKK gesund plus der KVSA 2 Tage vor dem jeweiligen Auszahlungstermin gemäß § 10 Absatz 1 die notwendigen Mittel zur Verfügung.
- (2) Die ausgezahlte Vergütung nach Abs. 1 wird im Formblatt 3 über das Konto 408, Vorgang 130 (G1), Vorgang 134 (VERAH) sowie Vorgang 132 (V1) ausgewiesen.
- (3) Die Vergütung für die Hausbesuchstätigkeit der VERAH wird ebenfalls im Formblatt 3 über das Konto 408 ausgewiesen.

§ 10

Auszahlungszeitpunkte

- (1) Für die Vergütung des Arztes nach diesem Vertrag werden folgende Fristen vereinbart:

Vergütungsposition	Auszahlungszeitpunkt	Datengrundlage
G 1*	Jahresmitte (Ende des 2. Quartals)	Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zum 31.03. des laufenden Jahres
V 1	Jahresmitte (Ende des 4. Quartals)	Zielerreichung im Vorjahr, Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zum 31.03. des Vorjahres
VERAH	Jahresende (Ende des 4. Quartals)	Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zum 31.3 des laufenden Jahres

- (2) Die Vertragspartner streben eine möglichst frühzeitige Vergütung der Ärzte im Rahmen dieses Vertrages an.

§ 11

Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Anlage tritt am 01.01.2022 in Kraft und endet am 31.12.2023.
- (2) Unabhängig von Absatz 1 endet die Gültigkeit dieser Anlage mit der Kündigung des o. g. Hausarztvertrags.

Unterschriftsseite

zur Anlage 4 „Vergütung“ zum „Vertrag zwischen der IKK gesund plus und dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e. V. unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (Hausarztvertrag)“ vom 24.06.2009

Magdeburg,

.....
IKK gesund plus

.....
Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.

.....
Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt