

Anlage 4 „Vergütung“

zum Vertrag zwischen der IKK classic, dem Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e. V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (Hausarztvertrag)

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 classic durch. Diese hat nach entsprechender Terminvereinbarung mit den Versicherten stattzufinden.
- (2) Im Falle einer dringend notwendigen Diagnostik soll der Hausarzt den Versicherten bei der Terminvereinbarung bei einem Facharzt unterstützen.
- (3) Die Einhaltung der Servicestandards kann durch die IKK classic in geeigneter Weise überprüft werden.

§ 2

Vergütungsregelungen zur Koordinierungspauschale (G1)

- (1) Es wird eine jährliche Koordinierungspauschale von 20,00 EUR je im Betrachtungsquartal eingeschriebenen HzV-Versicherten an den Arzt gezahlt. Als Betrachtungsquartal wird das jeweilige erste Quartal eines Kalenderjahres festgelegt. Die Pauschale kommt bei Erfüllung der Voraussetzungen und Aufgaben gem. Grundvertrag zum Tragen und beinhaltet zusätzlich die Servicestandards gem. § 1 dieser Anlage.

§ 3

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 Ziff. 1 erhält die Praxis je am Vertrag teilnehmenden Arzt einen Zuschlag je eingeschriebenen Versicherten in folgender Abstufung:
 - a) Ausgabenziel Stufe 1a erreicht: 10,00 Euro je eingeschriebenen HZV-Versicherten
 - b) Ausgabenziel Stufe 1b erreicht: 5,00 Euro je eingeschriebenen HZV-Versicherten

§ 4

Weitere Zielvereinbarungen

Über die Ziele in § 3 hinaus können weitere Ziele mit einzelnen Qualitätszirkeln vereinbart werden. Diese werden in gesonderten Vereinbarungen geregelt.

§ 5

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 10 eingeschriebene IKK-Versicherte pro Betrachtungsquartal gemeldet sein. Erfüllt die Praxis diese Voraussetzung, erhält sie ohne gesonderte Abrechnung eine jährliche Pauschale von 100,00 Euro, dabei wird die Vergütung je VERAH nur einmal ausgezahlt.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Leistungen, die durch Zuschläge zu den GOPs 03062, 03063, 38100 bzw. 38105 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 anschließend ggf. entsprechende Maßnahmen zur Minimierung der gesundheitlichen Risikofaktoren ein. Die Abrechnung erfolgt über die Abrechnungsziffer 99798. Die Vergütung beträgt 10,- 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 Anpassungen der HKP-Verordnung. Die Abrechnung erfolgt über die Abrechnungsziffer 99799. Die Vergütung beträgt 10,- Euro je Besuch.

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

§ 6

Zahlungsmodalitäten

- (1) Die IKK classic liefert der KVSA innerhalb von fünf Wochen nach Ende des Quartals die Anzahl seiner eingeschriebenen Versicherten in Form eines Versichertenverzeichnisses. Das Verzeichnis enthält folgende Angaben und wird von der KVSA in Form einer Liste an die Ärzte regelmäßig übermittelt:
 - a. Angaben zum koordinierenden Hausarzt: Name, Vorname, Praxisanschrift, BSNR
 - b. Ansprechpartner der IKK classic,
 - c. Institutskennzeichen (IK) der IKK classic,
 - d. Vertragskassennummer (VKNR) der IKK classic,
 - e. Betrachtungsquartal,
 - f. Laufende Nummer der Versicherten (Zähler),
 - g. Name des eingeschriebenen Versicherten,
 - h. Vorname des eingeschriebenen Versicherten,
 - i. Lebenslange Krankenversicherungsnummer,
 - j. Geburtsdatum des eingeschriebenen Versicherten,
 - k. Postleitzahl des eingeschriebenen Versicherten,
 - l. Wohnort des eingeschriebenen Versicherten.

Die Liste ist für den Arzt alphabetisch aufsteigend nach den Namen der eingeschriebenen Versicherten zu sortieren.
- (2) Als Teilnehmer im Betrachtungsquartal gelten nur diejenigen Versicherten der IKK classic deren Teilnahmeerklärung im oder vor dem Betrachtungsquartal erfolgte und deren gültige Teilnahmeerklärung bis 14 Kalendertage nach Ende des Betrachtungsquartals bei der IKK classic eingegangen ist.
- (3) Der Arzt kann gegenüber der IKK classic innerhalb von drei Kalenderwochen nach Zugang der Angabe gemäß Abs. 1 dieser widersprechen. Zwischen Arzt und IKK classic erfolgt in diesem Fall ein Abgleich der gemäß § 5 des Hausarztvertrages eingeschriebenen Versicherten.
- (4) Die IKK classic übermittelt der KVSA innerhalb von 8 Wochen nach Ende des Betrachtungsquartals eine für alle teilnehmenden Ärzte zusammengeführte Liste gemäß Abs. 1 als Grundlage für die Vergütung der Ärzte. Die technischen Regelungen zur Übermittlung der Daten werden zwischen der IKK classic und der KVSA getroffen
- (5) Zusätzlich zur Datenlieferung nach Abs. 4 übermittelt die IKK classic der KVSA jeweils innerhalb von 5 Wochen nach Ende jedes Quartals das für alle teilnehmenden Ärzte zusammengeführte Versichertenverzeichnis nach Abs. 4. Näheres regelt die Schnittstellenvereinbarung. Die Anlage 4 gilt zunächst bis zum 31.12.2020.

§ 7**Rechnungslegung und Bereitstellung der Mittel**

- (1) Die KVSA fordert auf Basis der Informationen gemäß § 6 Abs. 4 die HzV-Vergütung im Rahmen einer gesonderten Rechnung bei der IKK classic an.
- (2) Für die Auszahlung der Vergütungspositionen G1, V1 und VERAH an den Arzt stellt die IKK classic der KVSA 2 Tage vor dem jeweiligen Auszahlungstermin die notwendigen Mittel zur Verfügung.
- (3) Die Auszahlung der Hausbesuchstätigkeit der VERAH erfolgt quartalsweise auf Basis einer gesonderten Rechnung der KVSA. Die zugrundeliegenden Abrechnungsziffern 99798 und 99799 sind in den ärztlichen Abrechnungsdaten (EFN-Daten) ausgewiesen.

§ 8**Auszahlungszeitpunkte**

Für die Vergütung des Arztes nach diesem Vertrag werden folgende Fristen vereinbart:

Auszahlung für 2018 bis 2020

Vergütungsposition	Auszahlungszeitpunkt	Datengrundlage
G 1	Jahresmitte	Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Betrachtungsquartal 1. Quartal des laufenden Jahres
V 1	Jahresmitte des Folgejahres	Zielerreichung im laufenden Jahr
VERAH	Jahresende	Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Betrachtungsquartal 1. Quartal des laufenden Jahres

Die Vertragspartner streben eine möglichst frühzeitige Vergütung der Ärzte im Rahmen dieses Vertrages an.

Die Vergütung G1 des laufenden Jahres und V1 für das Vorjahr soll dem Arzt in einer Summe zur Verfügung gestellt werden.

§ 9**Laufzeit und Kündigung**

- (1) Diese Anlage tritt am 01.01.2018 in Kraft und endet am 31.12.2020.
- (2) Unabhängig von Absatz 1 endet die Gültigkeit dieser Anlage mit der Kündigung des o. g. Hausarztvertrag.