

Vergütung

§ 1

Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die im Vertrag zu erbringenden Leistungen folgende Vergütung:

- Die nachfolgende Vergütung ist nur abrechnungsfähig, wenn die erforderliche Diagnose-dokumentation zur Verifizierung der Einschlusskriterien vorliegt, der jeweilige Versicherte gemäß der Vorgaben aus Anlage V.3. des Vertrages nicht storniert wurde.

Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

I. Vergütung für den HZV-Hausarzt

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschale			
Initial-AMTS-Check	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Erfüllung der Einschlusskriterien und Anamnese • Aufklärung über Ablauf und Ziele des AMTS-Checks und ggf. Beratung bezüglich der Teilnahme am Selektivvertrag, Datenschutzerklärung, Schweigepflichtsentbindung inkl. Auswahl Apotheke • Eingabe in der Medikationsmanagementsoftware: <ul style="list-style-type: none"> ○ von Pflichtangaben (z.B. Stammdaten, Geburtsdatum, Geschlecht, Ethnie, GFR) ○ Erfassung der Diagnosen nach ICD 10 ○ Erfassung verschriebenen Medikationsdaten ○ optionale Erfassung von Allergien, Labordaten, Körpergewicht, Körpergröße, Metabolisierungsstatus, (Cytochrome), Vitalparameter (RR, sys, dia, Puls, Atemfrequenz), Schwangerschaft und Stillzeit. • Überprüfung der Medikation mit Hilfe der AMTS-Software anhand von definierten Parametern: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosierungen ○ Kontraindikationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x Quartal • Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr • Nicht neben Folge-AMTS-Check abrechenbar 	45,00 EUR

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Interaktionen ● patientenindividuelle Aufklärung zur Medikation im Rahmen des Beratungsgesprächs mit dem Versicherten ● Erstellung des Medikationsplanes und Übergabe an den Versicherten und die Apotheke ● Aufklärung über den in der Medikationssoftware hinterlegten Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ● Veranlassung der Medikationsanalyse in der Apotheke ● Ggf. Einbeziehung von Angehörigen oder Betreuungspersonen 		
Folge-AMTS-Check	<ul style="list-style-type: none"> ● bei der Neueinstellung, Umstellung, Absetzen, Dosierungsänderung, Änderung des Dosisintervalls oder der Darreichungsform der Medikation ● Überprüfung der Medikation mit Hilfe der Medikationsmanagement-software ● patientenindividuelle Aufklärung zur angepassten Medikation im Rahmen des Beratungsgespräch mit dem Versicherten ● Erstellung des angepassten Medikationsplanes und Übergabe an den Versicherten und die Apotheke ● Ggf. Einbeziehung von Angehörigen oder Betreuungspersonen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Max. 1 x Quartal ● Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr ● Nicht neben Initial-AMTS-Check abrechenbar 	25,00 EUR
Zuschlag			
Zuschlag M4M®	<ul style="list-style-type: none"> ● Mitbetreuung des Versicherten durch eine medizinische Fachangestellte sowie Unterstützung bei der Datenerfassung in der AMTS-Software, Information und Hilfestellung des Versicherten zum Patientenportal; ggf. Unterstützung der Patienten bei der Patientenzufriedenheitsbefragung 	<ul style="list-style-type: none"> ● Max. 1 x pro Quartal ● Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr <p>Voraussetzung: Vorhalten mindestens einer Medizinischen Fachangestellten (MFA)/Arzthelfer mit der Qualifikation „MFA for More (M4M)®“ bzw. eine in der Ausbildung zur (M4M)® befindliche MFA/ Arzthelfer</p>	5,00 EUR

II. Vergütung für die Apotheke*

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschale			
Medikationsanalyse I	<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung der vorliegenden Dokumentation vom HZV-Hausarzt • Erfassung und Abgleich aller vorliegenden Medikationsdaten und Informationen zum Patienten (zusätzliche Facharzt und Hausarztmedikation, OTC-Daten, Nahrungsergänzungsmittel) im Patientengespräch unter Nutzung der Brown-Bag-Methodik • Aufnahme/Einscannen von Arztbriefen / BMP • Ggf. Erfassung von zusätzlich erhobenen Labordaten und Vitalparametern (z. B. RR) • Erweiterter AMTS-Check über die AMTS-Software zur Identifikation arzneimittelbezogener Probleme: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosierungen ○ Kontraindikationen ○ Indikationen ○ Interaktionen ○ Nebenwirkungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr • Nicht neben Medikationsanalyse II abrechenbar 	50,00 EUR (netto), 59,50 EUR (brutto)
Zuschlag Adhärenzförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung und Erfassung patientenindividueller Probleme/Beschwerden und Ziele <ul style="list-style-type: none"> ○ Anwendungsprobleme ○ Compliance/Adhärenz-Probleme, wie z.B. Angst vor der Tablette/ vor dem Wirkstoff (z.B. Statine), fehlende Überzeugung (kein direkter Effekt, wenn Tablette nicht eingenommen wird), fehlende Aufklärung (Infragestellen der Sinnhaftigkeit einer Therapie), Verlust kognitive Fähigkeiten, Unsicherheit • Erfassen des Krankheitsbewusstseins und des Informationsstandes des Patienten zu seinen Medikamenten und Erkrankungen • Identifikation von subjektiven patientenindividuellen Zielen • Ggf. Einbeziehung von Angehörigen oder Betreuungspersonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr • Nicht neben Medikationsanalyse II abrechenbar 	25,00 EUR (netto); 29,75 EUR (brutto)
Medikationsanalyse II mit Interventionsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung einer Folge-Medikationsanalyse bei Versicherten auf Anforderung eines behandelnden Arztes oder bei erkanntem Handlungsbedarf durch den Apotheker • Nach Eingabe der erfassten Daten: 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 2x Versichertenteilnahmejahr • Max. 1x im ersten Versichertenteilnahmejahr • Nicht neben Medikationsanalyse I abrechenbar 	35,00 EUR (netto), 41,65 EUR (brutto)

	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation arzneimittelbezogener Probleme: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosierung ○ Kontraindikationen ○ Indikation ○ Interaktionen ○ Nebenwirkungen ○ Anwendungsproblemen ○ Compliance/Adhärenz-Probleme • Prüfung, ggfs. Optimierung der Medikation und Lösung arzneimittelbezogener Probleme durch den Apotheker bestehend aus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Änderung Einnahmezeitpunkt ○ Anpassung Dosierung, Dosisintervall ○ Änderungsvorschlag für Alternativmedikament ○ Ggf. Reduktion der Medikation ○ Änderung Anwendung ○ Alternative Darreichungsform ○ Information des behandelnden HZV-Hausarztes über das Ergebnis der Zweitprüfung • interdisziplinäre Abstimmung bei vorliegendem neuen Interventionsvorschlag mit dem behandelnden HZV-Hausarzt • Erstellung angepasster BMP inklusive patientenindividueller Einnahmehinweise • Patientengespräch: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ergebnisgespräch über die Zweitanalyse ○ Erläuterung für Patient zur umgestellten und angepassten optimierten Medikation ○ Demonstration und Praktizieren der Anwendung von Arzneimitteln mit besonderer Darreichungsform wie beispielsweise Inhaler, Pens ○ Edukation nach vorher bestimmtem Beratungsbedarf mit Beispielen (Indikationen, Nutzen der Therapie, Lagerung, Anwendung, besondere Darreichungsformen wie Inhaler, Pens, Teilbarkeit, Sondengängigkeit) ○ Adhärenzförderung ○ individuelle Darstellung des Nutzens der Medikationsanalyse individuelle Darstellung des Nutzens der „neuen“ Medikation ○ Ggf. Einbeziehung von Angehörigen oder Betreuungspersonen 		
--	--	--	--

* Alle Leistungen verstehen sich inkl. Umsatzsteuer, sofern der Leistungserbringer umsatzsteuerpflichtig ist.

§ 2

MFA for More (M4M)®

- (1) Beschäftigt der HZV-Hausarzt mindestens eine Medizinische Fachangestellte („**MFA**“) mit der Qualifikation „**MFA for More (M4M)®**“ oder eine in der Ausbildung zur M4M befindliche Medizinische Fachangestellte („**Versorgungsassistentin**“), kann der Zuschlag M4M abgerechnet nach Maßgabe der folgenden Voraussetzungen vergütet werden:
 - a) Beschäftigung mindestens einer Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis;
 - b) Nachweis der Qualifikation der Versorgungsassistentin in Form eines M4M-Zertifikates der SHP
 - c) Mitbetreuung der Versicherten und Übernahme besonderer Leistungen gemäß der in der folgenden Abs. 2 definierten Aufgabenliste.
- (2) Zu den besonderen Leistungen der Versorgungsassistentin gehört insbesondere die Mitbetreuung der Versicherten durch ein interdisziplinäres, niederschwelliges, patientenorientiertes Case-Management zur Koordination und Kommunikation. Information und Hilfestellung der Versicherten bei Fragen zum Patientenportal, Erfassung von Stammdaten und des Fragebogens zur Quality of Life.
- (3) Der Zuschlag M4M ist in den Quartalen abrechenbar, in denen die Versorgungsassistentin im gesamten Quartal über die M4M-Qualifikation verfügt.
- (4) Die Zuschlag M4M ist erstmalig in dem Quartal abrechenbar, in dem das Datum des Zertifikats liegt bzw. die Ausbildung beginnt.
- (5) Die GWQ ist berechtigt, Stichproben zur Überprüfung der Anforderungen M4M durchzuführen.

§ 3

Dokumentation

Der HZV-Hausarzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages endstellig zu übermitteln.

§ 4

Abrechnung der Vergütung durch den HZV-Hausarzt, und Apotheke gegenüber der SHP

- (1) Das von der SHP hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:

Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstrasse 4

90402 Nürnberg

- (2) Für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen ist der HZV-Hausarzt und die Apotheke befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der SHP beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295 a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln.
- (3) Der HZV-Hausarzt und die Apotheke rechnen den Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal, gegenüber der SHP ab. Der HZV-Hausarzt und die Apotheke haben die Abrechnung an die SHP spätestens bis zum 20. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (20. Januar, 20. April, 20. Juli und 20. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der SHP. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den HZV-Hausarzt und die Apotheke behält sich die SHP vor, die verspätet eingegangenen Abrechnungsdaten erst zu dem auf die Übermittlung folgenden Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.
- (4) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften Abrechnung des HZV-Hausarztes und der Apotheke erstellt das in § 2 Abs. 2 dieser Anlage V.6. genannte Rechenzentrum die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der GWQ bzw. der teilnehmenden Krankenkasse überprüft die SHP die Abrechnungsdatei erneut. Sie ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 6 dieser Anlage V.6. (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (5) Die SHP übersendet dem HZV-Hausarzt und der Apotheke nach Erhalt der Zahlung von der teilnehmenden Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete Vergütung nach dieser Anlage V.6., die Verwaltungskostenpauschale sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 6 dieser Anlage V.6. berechnete Abrechnungsrügen.
- (6) Der HZV-Hausarzt bzw. die Apotheke ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der SHP unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der SHP etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gilt der Abrechnungsnachweis als akzeptiert, wenn nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die SHP wird den Arzt, das TMZ bzw. den TA bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der HZV-Hausarzt bzw. die Apotheke das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen.

- (8) Der § 7 des Vertrages sowie die Regelungen dieser Anlage V.6. gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den HZV-Hausarzt bzw. die Apotheke weiter, bis die Ansprüche des HZV-Hausarztes bzw. der Apotheke auf die Vergütung abgerechnet sind.

§ 5

Abrechnung der Vergütung der SHP für Leistungen der HZV-Hausärzte bzw. der Apotheke gegenüber der teilnehmenden Krankenkasse

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung bedient sich die SHP zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 Abs. 2 dieser Anlage V.6. genannten Rechenzentrums (§ 295 1 b SGB V i.V.m. § 295 a Abs. 2 SGB V). Das Rechenzentrum übersendet eine Abrechnungsdatei. Diese enthält die vom HZV-Hausarzt bzw. von der Apotheke abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den HZV-Hausarzt bzw. die Apotheke geprüften Vergütung im Sinne des § 7 des Vertrages und dieser Anlage V.6. aus.
- (2) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die SHP der teilnehmenden Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) und/ oder einen Rechnungsbrief als zahlungsbegründende Unterlage. Die SHP bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage V.6. genannten Rechenzentrums (§ 295 a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von dem HZV-Hausarzt bzw. von der Apotheke abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen HZV-Hausarzt bzw. die Apotheke geprüften Vergütung im Sinne des § 7 Abs. 1 des Vertrages aus.
- (3) Die teilnehmende Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkasse-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 dieser Anlage V.6. aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die teilnehmende Krankenkasse oder die GWQ der Auffassung, dass die ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist der SHP schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
- (4) Erfolgt innerhalb der Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die beigetretene Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
- (5) Erfolgt innerhalb der Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die beigetretene Krankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist

- beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 7 des Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
- (6) Die teilnehmende Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich von der SHP benannte Konto der SHP („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird die SHP spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der teilnehmenden Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (7) Die beigetretene Krankenkasse kann gegenüber dem HZV-Hausarzt bzw. die Apotheke binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 6

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum prüft für die SHP und die GWQ für die teilnehmenden Krankenkassen die Abrechnung des HZV-Hausarztes bzw. der Apotheke auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§ 7 des Vertrages und §§ 2 bis 5 dieser Anlage V.6.) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen.
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger und übereinstimmender Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation.
- (3) Der Umfang der von der SHP an die teilnehmende Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den HZV-Hausarzt bzw. die Apotheke nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.