

## **Anlage 8a**

### **Abrechnung und Vergütung Ärzte**

#### **I.1. Grundsätze der Abrechnung**

- (a) Die Vertragspartner vereinbaren auf der Grundlage von § 13 des Vertrages für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende Vergütungen.
- (b) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der AOK PLUS erfolgt durch die zuständige KV. Die dafür notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung. Die technische Anlage 4a regelt den Datentransfer und das Datenformat der Abrechnungsdaten zwischen den KVen und der AOK PLUS.
- (c) Die zuständige KV ist verantwortlich für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen und übermittelt die geprüften Abrechnungsdaten gemäß Anlage 4a an die AOK PLUS.
- (d) Die Abrechnung der vereinbarten Vergütung erfolgt durch den Arzt gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der zuständigen KV und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen sowie dieser Anlage.
- (e) Nachtragsfälle sind spätestens zu dem Termin einzureichen, der sich aus den Abrechnungsrichtlinien der KV Thüringen bzw. der Abrechnungsordnung der KV Sachsen ergibt. Anderenfalls ist die Abrechnung ausgeschlossen.
- (f) Im Bereich der KV Sachsen gelten die Bestimmungen der Abrechnungsordnung (AbrO) der KV Sachsen.
- (g) Im Bereich der KV Thüringen gelten nachfolgende Konkretisierungen:
  1. Die Abrechnung des Thüringer Arztes hat bis zum 10. Tag nach Ende des abzurechnenden Quartals (10.01., 10.04., 10.07. bzw. 10.10.) der KV Thüringen vorzuliegen. Nach diesem Zeitpunkt eingegangene Abrechnungen werden bei der nächsten Abrechnung berücksichtigt. Die Abrechnung der Vergütungen nach § 13 des Vertrages ist nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Quartals an gerechnet, in dem die Leistung für die Vergütung erbracht wurde, ausgeschlossen. Die Abrechnung der Ärzte ist im KVDT-Format zu übertragen.
  2. Hinsichtlich der Zahlungstermine an die Thüringer Ärzte gelten die von der KV Thüringen veröffentlichten Termine für Restzahlungen. Für die sachlich-rechnerischen Berichtigungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages.
  3. Die Thüringer Ärzte sind verpflichtet, die letzte Abrechnung für Leistungen nach diesem Vertrag spätestens zu dem für das Folgequartal von der KV Thüringen bestimmten Termin zu stellen. Später eingehende Abrechnungen werden nicht vergütet. Der Thüringer Arzt ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwände gegen den Abrechnungsnachweis müssen der KV Thüringen unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem Thüringer Arzt nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die KV Thüringen unverzüglich zu benachrichtigen.

4. Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 1 Monat nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die KV Thüringen wird den Thüringer Arzt bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt das Recht, einen berechtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit sich Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche ergeben. Die sich aus dem berechtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des Arztes sind mit der nächsten Abrechnung nach Zugang des berechtigten Abrechnungsnachweises auszugleichen.

## **I.2. Arzneimittel-Leistungspauschale (Medikationskatalog – Stufe 2)**

- (a) Die Vertragspartner haben das Ziel, den teilnehmenden Arzt an den Einsparungen der von ihm für seine AOK PLUS-Versicherten verordneten Arzneimittel zu beteiligen und damit die Wirtschaftlichkeit des Vertrages zu fördern. Einsparungen können vor allem durch die bevorzugte Verordnung bzw. Umsteuerung auf Standard- oder Reservewirkstoffe erzielt werden. Innerhalb der Prioritäten werden diese befördert, in dem verstärkt die Abgabe rabattierter Arzneimittel ermöglicht wird. Es kann eine erfolgsabhängige Arzneimittel-Leistungspauschale erzielt werden.
- (b) Als Basiszeitraum wird das jeweilige Vorjahresquartal festgelegt. Die AOK PLUS berechnet jeweils unter Berücksichtigung wesentlicher Änderungen des Medikationskataloges (Hinzu tritt/Wegfall einer Indikation) für alle Vertragsärzte getrennt nach KV-Region die durchschnittlichen DDD-Kosten aller in diesem Zeitraum abgegebenen katalogbezogenen Arzneimittelpackungen auf Basis des gesetzlichen Netto (also abzüglich gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen) für den Basiszeitraum. Von den Ärzten nicht beeinflusste DDD-Kostenänderungen sollen bei der Ermittlung der erzielten Einsparungen und Kostensteigerungen nach Möglichkeit unberücksichtigt bleiben.

Zur Berücksichtigung von Kostenänderungen im Sinne des Absatzes (b) Satz 3 wird für Verordnungen im Basiszeitraum der durchschnittliche Netto-Preis einer PZN durch die durchschnittlichen Nettokosten der entsprechenden PZN im Auswertungszeitraum (bei ARMIN-Ärzten) ersetzt. Die Preisersetzung wird nur für diejenigen PZN durchgeführt, die sowohl im Auswertungszeitraum (von ARMIN-Ärzten im Modellvorhaben) als auch im Basiszeitraum (im Vergleichskollektiv) verordnet wurden. Die AOK PLUS übermittelt der jeweiligen KV zum Nachweis für beide Zeiträume die Nettokosten und die Anzahl der Verordnungen aller verordneten (Medikationskatalog-relevanten) PZN. Die Geltendmachung weiterer nicht arztbedingter Einflussfaktoren auf DDD-Kosten (je PZN) bleibt hiervon prinzipiell unberührt. Die entsprechenden Berechnungen sind seitens der AOK PLUS gegenüber den KVen offenzulegen.

- (c) Die AOK PLUS berechnet quartalsweise für alle teilnehmenden Vertragsärzte getrennt nach KV-Regionen die durchschnittlichen DDD-Kosten je Indikationsgebiet aller im zu überprüfenden Quartal abgegebenen katalogbezogenen Arzneimittelpackungen auf Basis des gesetzlichen Netto (abzüglich gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen) und vergleicht die aktuellen durchschnittlichen DDD-Kosten der ARMIN-Teilnehmer mit den vergleichbaren (d. h. aus einem jeweils identischen Medikationskatalog berechneten) KV-weiten durchschnittlichen

DDD-Kosten des Basiszeitraumes nach Absatz (b) in den jeweiligen Indikationsgebieten. Durch Multiplikation der rechnerischen DDD-Kostendifferenz mit dem katalogbezogenen DDD-Volumen des zu überprüfenden Quartals werden Einsparbeträge des jeweiligen Indikationsgebietes je nach KV-Region ermittelt. Die erzielte Gesamteinsparung je KV-Region ergibt sich aus der Summe aller Einsparbeträge je Indikationsgebiet. Es erfolgt hierbei eine Saldierung von positiven wie auch negativen Einsparbeträgen.

Die jeweiligen Indikationsgebiete sind in Anlage 10 Abschnitt I Absatz (8) definiert. Die KVen und die AOK PLUS haben sich hierbei abgestimmt, die durchschnittlichen DDD-Kosten im Indikationsgebiet Stoffwechselstörungen nach Insulinen/Insulinanaloge, anderen Antidiabetika und Mitteln zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen im Auswertungs- und Vergleichszeitraum differenziert auszuweisen und zu vergleichen.

- (d) Die AOK PLUS zahlt 70 von Hundert der gemäß Absatz (c) je KV-Region ermittelten Einsparung an die zuständige KV, mindestens jedoch die Summe der auszahlenden Fixboni 1 und 2, abzüglich der unter Absatz (g) genannten abzusetzenden Beträge als Gesamtsumme mit befreiender Wirkung. Die zuständige KV nimmt die Verteilung auf die teilnehmenden Ärzte gemäß Absatz (e) vor.

Der teilnehmende Arzt erhält mindestens jedoch 50 EUR als Fixbonus 1, wenn er im zu überprüfenden Quartal

- die in Anlage 10 für diesen Zeitraum bestimmte Zielquote 1 erreicht,
- mindestens 2.000 DDD verordnet hat und
- für die Abrechnung der Verordnungen
  - ab dem 1. Quartal 2018 mindestens 25 von Hundert Wirkstoffverordnungen an allen wirkstoffverordnungsfähigen Arzneistoffen nach Maßgabe der Anlage 9 im jeweiligen Quartal verordnet hat und diese eingelöst wurden.

Der teilnehmende Arzt erhält mindestens jedoch weitere 200 EUR als Fixbonus 2, wenn er im zu überprüfenden Quartal

- die Voraussetzungen für den Fixbonus 1 erfüllt und
- die in Anlage 10 für diesen Zeitraum bestimmte Zielquote 2 erreicht.

- (e) Die Verteilung des nach Abzug des Gesamtbetrages der Fixboni ggf. verbleibenden Betrages – definiert als Flexbonus – erfolgt mittels einer teilnehmerbezogenen Vergütung als Arzneimittel- und/oder Medikationsplan-Leistungspauschale.

Der anteilige Flexbonus-Betrag des teilnehmenden Arztes richtet sich vornehmlich nach dessen prozentualen Anteil der als Standard oder als Reserve eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges und dessen katalogbezogenem Verordnungsvolumen (DDD) zu Lasten der AOK PLUS im jeweils zu überprüfenden Quartal; ab dem Auswertungsquartal 1/2020 mit ergänzender Berücksichtigung der Anzahl der zum Ende – letzter Tag – des jeweiligen Auswertungsquartals final bearbeiteten Medikationspläne im Status 4 oder höher; mindestens jedoch fünf Medikationspläne. Der genaue Verteilungsschlüssel wird KV-individuell festgelegt. Der anteilige Betrag je Arzt wird mit der nächsterreichbaren Honorarabrechnung ausgezahlt. Gelangen nur die Fixboni nach Absatz (d) Sätze 3 und 4 zur Verteilung, sind ausschließlich teilnehmende Vertragsärzte mit aktuell mindestens erreichter jeweiliger Zielquote, einem aktuellen katalogbezogenen Verordnungsvolumen von mindestens

---

2.000 DDD und erreichtem Mindestanteil eingelöster Wirkstoffverordnungen gemäß Absatz (d) anspruchsberechtigt.

- (f) Zur Ermittlung des individuellen prozentualen Anteils der als Standard oder als Reserve eingeordneten Wirkstoffe übermittelt die AOK PLUS in der Regel ebenfalls spätestens am 20. des vierten auf das Ende des zu überprüfenden Quartals folgenden Monats der zuständigen KV für ihre teilnehmenden Mitglieder die hierfür erforderlichen Angaben (arztbezogene Verordnungsmenge in DDD je Medikationskatalog-Kategorie und je ATC-Code). Detailliertere arztbezogene Verordnungsdaten (nur Datum, PZN und Faktor) werden seitens der AOK PLUS im gegenseitigen Einvernehmen zur Klärung bei relevanten Unstimmigkeiten auf Anfrage an die zuständige KV übermittelt. Abweichungen (je Medikationskatalog-Kategorie) von mehr als 10 % (relativ) gegenüber den von den KVen zur Plausibilisierung genutzten Daten gelten in jedem Fall als relevant im Sinne des vorigen Satzes.
- (g) Nimmt der Arzt zur selben Zeit an mehreren Verträgen der AOK PLUS teil, die eine Vergütung für strukturelle Änderungen des Ordnungsverhaltens für denselben Zeitraum vorsehen, gilt zur Vermeidung von mehrfacher Bonifizierung das Folgende: Soweit der teilnehmende Arzt aus der Teilnahme an einem Selektivvertrag der AOK PLUS eine vergleichbare Vergütung von arzneimittelbezogenen Wirtschaftlichkeitspauschalen erhält, werden die dort erzielten Ansprüche mit dem Anspruch aus diesem Vertrag arztindividuell verrechnet, maximal jedoch in Höhe der vom Arzt nach diesem Vertrag erhaltenen Arzneimittel-Leistungspauschalen. Die AOK PLUS übermittelt der zuständigen KV leistungserbringerbezogen ausschließlich die abzusetzenden Beträge und den Zeitraum, auf den sich die abzusetzenden Beträge beziehen. Das Nähere regelt die Anlage 4a.

Andere (nicht vom Ordnungsverhalten abhängige) in Selektivverträgen gewährte Pauschalen sind darüber hinaus nur nach vertraglicher Vereinbarung arztindividuell zu verrechnen. Als vertraglich konsentiert arztindividuell in ARMIN zu verrechnende Pauschalen im oben genannten Sinne gelten:

A. Im Bereich der KV Thüringen

1. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen (Hausarztzentrierte Versorgung Thüringen) zwischen der AOK PLUS und dem Thüringer Hausärzteverband e. V. in Kooperation mit der KV Thüringen  
  
Pauschalen für die Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung nach Anlage 10  
  
Erfolgsabhängige Arzneimittel-Leistungspauschale (zu 100 % verrechnungswirksam)
2. Vertrag zwischen der AOK PLUS und der KV Thüringen über die Versorgung kardiovaskulär erkrankter Patienten (CARDIO PLUS) im Freistaat Thüringen
  - (a) Wirtschaftlichkeitspauschale Arzneimittel – Hausarzt (GOP 99302)  
(zu 100 % verrechnungswirksam)
  - (b) Wirtschaftlichkeitspauschale Arzneimittel – Facharzt (GOP 99307)  
(zu 100 % verrechnungswirksam)

---

B. Im Bereich der KV Sachsen sind die Abrechnungsbeträge der Pauschalen zur Wirtschaftlichkeit Arzneimittel des Vertrages CARDIO-Integral verrechnungswirksam.

### **I.3. Medikationsmanagement (Stufe 3)**

- (a) Als Voraussetzung für die Abrechnung der Vergütung des Medikationsmanagements muss der teilnehmende Arzt an einer gemeinsamen Informationsveranstaltung der Vertragspartner mit am Modell teilnehmenden Apothekern zu den Inhalten und Prozessen des Modells teilgenommen haben oder einen Nachweis (z. B. Zertifikat) über eine von den Vertragspartnern bestimmte abgelegte Online-Fortbildung vorlegen. Inwieweit die Online-Fortbildung anstelle der Auftaktveranstaltung angeboten und anerkannt wird, liegt in der Entscheidung der jeweiligen KV.
- (b) Voraussetzung für die Abrechnung der Vergütung ist weiterhin die Anbindung an das Sichere Netz der KVen via KV-SafeNet<sup>1</sup> oder die Telematikinfrastuktur sowie die erfolgte Installation der IT-Vertragsschnittstelle.
- (c) Die Prüfung auf eingeschriebene Versicherte wird durch die KVen anhand des von der AOK PLUS gelieferten Versichertenverzeichnisses durchgeführt. Daher ist es wichtig, dass der teilnehmende Arzt, sofern er der zuletzt unterschreibende Leistungserbringer ist, die vollständig ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 4 Absatz 5 des Vertrages innerhalb von 10 Arbeitstagen an die AOK PLUS versendet.
- (d) Die nachfolgend unter I. bis IV. ausgewiesenen Abrechnungsnummern werden analog den Regelungen des § 106d SGB V in das regelhafte Quartalszeitprofil des teilnehmenden Arztes einbezogen. Dies dient ausschließlich dem Zweck, die dem Vertrag zu Grunde liegenden Annahmen zu den zeitlichen Aufwänden in Stufe 3 zu verifizieren.

#### **I. Startintervention Ärzte**

(mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, einmalig zu Beginn der Versicherungsteilnahme)

Abrechnungsnummer 99866

ab dem 01.01.2021 bis zum 31.12.2021

109,40 EUR

ab dem 01.01.2022 bis zum 30.06.2022

111,90 EUR

Die Abrechnungsnummer 99866 ist je eingeschriebenen Versicherten nur einmalig für die initiale Betreuung in Stufe 3 des Modellvorhabens nach Erbringung der Leistungen gemäß Anlage 11 Abschnitt II.2. Buchstabe a) abrechenbar.

Pro Leistungsquartal und teilnehmenden Arzt wird die Abrechnungsnummer 99866 für maximal 30 Patienten vergütet. Wird sie häufiger abgerechnet, erfolgt eine Quotierung auf diesen Maximalbetrag.

Die Abrechnungsnummer 99866 ist im Krankheitsfall nicht neben der Abrechnungsnummer 99869 berechnungsfähig.

---

<sup>1</sup> Hinweis: Bitte beachten Sie, dass das KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Die Abrechnungsnummer 99866 ist im Behandlungsfall nicht neben den Abrechnungsnummern 99867 bzw. 99868 berechnungsfähig.

II. Folgeintervention

(mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, 1 x pro Folgequartal)

Abrechnungsnummer 99867

ab dem 01.01.2021 bis zum 31.12.2021 24,20 EUR

ab dem 01.01.2022 bis zum 30.06.2022 24,80 EUR

Die Abrechnungsnummer 99867 ist je eingeschriebenen Versicherten einmal pro Abrechnungsquartal für die kontinuierliche Betreuung nach Erbringung der Leistungen gemäß Anlage 11 Abschnitt II.2. Buchstabe b) abrechenbar.

Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass mindestens einmal die Abrechnungsnummer 99866 oder 99869 abgerechnet wurde. Die Abrechnungsnummer 99867 ist im Behandlungsfall nicht neben den Abrechnungsnummern 99866, 99868 bzw. 99869 berechnungsfähig.

III. Folgeintervention nach wesentlicher Änderung der Medikation

(mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, 1 x pro Folgequartal)

Abrechnungsnummer 99868

ab dem 01.01.2021 bis zum 31.12.2021 48,60 EUR

ab dem 01.01.2021 bis zum 30.06.2022 49,70 EUR

Die Abrechnungsnummer 99868 ist je eingeschriebenen Versicherten einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, wenn sich im Medikationsplan binnen eines Monats mindestens 3 Wirkstoffe ändern (z. B. nach Krankenhausentlassung).

Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass mindestens einmal die Abrechnungsnummer 99866 oder 99869 abgerechnet wurde. Die Abrechnungsnummer 99868 ist im Behandlungsfall nicht neben den Abrechnungsnummern 99866 bzw. 99867 berechnungsfähig.

IV. Übernahmebetreuung nach Arztwechsel

(mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, einmalig nach Arztwechsel)

Abrechnungsnummer 99869

ab dem 01.01.2021 bis zum 31.12.2021 48,60 EUR

ab dem 01.01.2022 bis zum 30.06.2022 49,70 EUR

Die Abrechnungsnummer 99869 ist je eingeschriebenen Versicherten einmalig nach dem Arztwechsel und nach Erbringung der Leistungen gemäß Anlage 11 Abschnitt II.2 Buchstabe b) durch den die Betreuung übernehmenden Arzt abrechenbar.

Die Abrechnungsnummer 99869 ist im Krankheitsfall nicht neben der Abrechnungsnummer 99866 berechnungsfähig.

Die Abrechnungsnummer 99869 ist im Behandlungsfall nicht neben der Abrechnungsnummer 99867 berechnungsfähig.

- (e) Jährlich zum 01.01. erfolgt eine Steigerung der vorgenannte Vergütungspauschalen mit der Grundlohnveränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V. Die sich ergebenden Vergütungshöhen werden kaufmännisch auf eine Nachkommastelle gerundet.

#### **I.4. Pauschale für strukturverbessernde Maßnahmen**

- (a) Das Modellvorhaben sieht die Implementierung und den Einsatz einer IT-Vertragsschnittstelle gemäß Anlage 2 sowie einer gesicherten Austauschplattform vor. Letztere dient der Erstellung und Prüfung eines Medikationsplanes und ist zur Gewährleistung des Datenschutzes der Patienten und der betreuenden Leistungserbringer vor unberechtigten Zugriffen Dritter (z. B. Krankenkasse, nicht autorisierte Leistungserbringer) geschützt. Der Einsatz der Vertragsschnittstelle und der dafür notwendigen IT-Infrastruktur ist vor allem zu Beginn mit einem erhöhten finanziellen, administrativen und organisatorischen Mehraufwand in der Praxis verbunden, der über eine einmalige, gesonderte Strukturpauschale teilweise ausgeglichen wird.
- (b) Die Strukturpauschale 1 beträgt für Ärzte mit einem Teilnahmebeginn:
- bis zum 31.12.2014: 1.500 EUR
  - ab dem 01.01.2015 bis zum 31.03.2015: 1.000 EUR
  - ab dem 01.04.2015 bis zum 31.12.2015: 500 EUR.

Ärzte mit einem Teilnahmebeginn nach dem 31.12.2015 haben keinen Anspruch auf eine Strukturpauschale 1, es sei denn, sie haben nach dem 31.12.2014 eine vertragsärztliche Tätigkeit in Sachsen oder Thüringen aufgenommen. Die Höhe der Strukturpauschale 1 in diesen Fällen beträgt bei einem Teilnahmebeginn im ersten Quartal der Tätigkeit 1.500 EUR.

Bei einem späteren Teilnahmebeginn gilt der jeweils zutreffende Staffelbetrag:

- im zweiten Quartal der Tätigkeit 1.000 EUR
- im dritten Quartal der Tätigkeit 500 EUR
- ab vierten Quartal der Tätigkeit 0 EUR.

Abweichende Entscheidungen können die zuständige KV und die AOK PLUS im Einzelfall treffen. Die zum Zeitpunkt einer früher geltenden Fassung des Vertrages erworbenen Ansprüche werden nicht berührt.

Ärzte, die bis zum 31.12.2014 eine vertragsärztliche Tätigkeit in Sachsen oder Thüringen aufgenommen haben und ihre Teilnahme am Modellvorhaben in der Zeit vom 01.01.2020 bis 30.06.2020 erklären, erhalten eine Strukturpauschale 1 in Höhe von 500 EUR, sofern bis zum 30.09.2020 die Implementierung und der Einsatz einer IT-Vertragsschnittstelle gemäß Anlage 2 einschließlich des erfolgreichen Zugriffs auf den Medikationsplanserver erfolgt sind.

Die Sätze 2 bis 6 bleiben hiervon unberührt.

- (c) Die Pauschale nach Absatz (b) wird einmal je Praxis vergütet, auch wenn mehrere Ärzte einer Praxis an diesem Modellvorhaben teilnehmen. Sofern für die Praxis weitere Betriebsstätten existieren, wird die Pauschale zusätzlich für eine weitere Betriebsstätte in Höhe von 50 v. H. der unter Absatz (b) benannten Beträge vergütet.

- (d) Ärzte, die aufgrund der gleichzeitigen Teilnahme an mindestens einem Selektivvertrag der AOK PLUS bereits verpflichtet sind, die S3C-Schnittstelle zu nutzen, erhalten jeweils 50 v. H. der unter Absätze (b) und (c) angegebenen Beträge. Die AOK PLUS informiert die zuständige KV über die bereits zur Nutzung verpflichteten Teilnehmer.
- (e) Die Strukturpauschale 1 wird unter Vorlage des Nachweises über die erfolgte Installation der IT-Vertragsschnittstelle bei der zuständigen KV beantragt. Die Auszahlung der Strukturpauschale 1 ist erst nach erfolgter Installation der IT-Vertragsschnittstelle möglich und erfolgt zur nächsterreichbaren Honorarabrechnung. Der Nachweis muss spätestens bis zum Ende des Modellvorhabens bei der zuständigen KV vorliegen. Danach ist eine Beantragung und Abrechnung der Strukturpauschale 1 ausgeschlossen. Verwaltungskosten werden seitens der zuständigen KV auf die Strukturpauschale 1 nicht erhoben.
- (f) Sollte die Teilnahme eines Arztes innerhalb eines Jahres nach seiner Einschreibung aus von ihm zu vertretenden Gründen enden, ist die von ihm erhaltene Strukturpauschale 1 an die zuständige KV zurückzuerstatten. Bei Übernahme einer teilnehmenden Praxis kann die Strukturpauschale 1 nicht erneut abgerechnet werden. Die Rückerstattungspflicht entfällt in diesem Fall.
- (g) Der teilnehmende Arzt hat den Anspruch auf die zusätzliche, einmalige Strukturpauschale 2 in Höhe von 500 EUR im Rahmen der erstmaligen Betreuung eines Versicherten (erstmalige Abrechnung der ARMIN-Startintervention). Die Strukturpauschale 2 wird den anspruchsberechtigten Ärzten von der zuständigen KV im Rahmen der Honorarabrechnung zugesetzt und unter der Nummer 99871 ausgewiesen.