

Anlage 10 Vergütung

1 Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende HzV-Vergütung. Die Vergütung ist unter § 16 geregelt. Die nachfolgenden Vergütungspauschalen werden zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen durch die AOK PLUS erstattet. Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung.

Leistung/ Bezeichnung	Abr.-Nr.	Leistungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag
Quartalspauschale	99140S	Einhaltung der Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen gemäß § 11 Abs. 2, insbesondere Buchst. (a)	Einmal pro Abrechnungsquartal für jeden eingeschriebenen Versicherten, sofern ein Hausarzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat Der Anspruch besteht zudem nur, wenn am Tag des Arztkontaktes im Quartal ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt. Siehe Punkt 2	2,50 EUR
Alterspauschale nach Altersgruppen		Erhebung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und bei stationären Einweisungen in medizinisch begründeten dringenden Fällen Vermittlung von Terminen bei Fachärzten für die HzV-Versicherten zur Sicherstellung einer zügigen Weiterbehandlung durch den Hausarzt oder das Praxispersonal Wahrnehmung der Lotsenfunktion des Hausarztes durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Förderung ambulanter Operationen unter gezielter Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen	Zuschlag zur „Versichertenpauschale“ für Erwachsene - EBM 03000 (03003 bis 03005 bzw. 03013 bis 03015) Die Alterspauschale ist nur einmal pro Abrechnungsquartal, für jeden eingeschriebenen Versicherten abrechenbar, sofern ein Hausarzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat. Der Anspruch besteht nur, wenn am Tag des Arztkontaktes im Quartal ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt. Siehe Punkt 3	
Altersgruppe 1	99183		Beginn 19. Lebensjahr bis Ende 48. Lebensjahr	2,68 EUR
Altersgruppe 2	99184		Beginn 49. Lebensjahr bis Ende 61. Lebensjahr	6,79 EUR
Altersgruppe 3	99185		Beginn 62. Lebensjahr bis Ende 73. Lebensjahr	10,18 EUR
Altersgruppe 4	99186		ab Beginn 74. Lebensjahr	13,37 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abr.-Nr.	Leistungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschalen für die Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung				
Arzneimittel-Strukturpauschale	ohne Belegung	Einsatz und Nutzung der S3C-Schnittstelle mit dem Modul Arzneimittelmanagement zum indikationsbasierten Medikationsmanagement	Einmal pro Abrechnungsquartal und Hausarzt. Siehe Punkt 4.1.2 Arzneimittel-Strukturpauschale	50,00 EUR
Erfolgsabhängige Arzneimittel-Leistungspauschale	ohne Belegung	Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln	Siehe Punkt 4 Pauschalen für die Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung	variabel
Assistenz-Pauschalen				
Assistenz 1 Nicht besetzt	n. n.	n. n.	n. n.	n. n.
Assistenz 2 Nicht besetzt	n. n.	n. n.	n. n.	n. n.
Assistenz 3 Nicht besetzt	n. n.	n. n.	n. n.	n. n.
Assistenz 4 Nicht besetzt	n. n.	n. n.	n. n.	n. n.
Assistenz 5 (Wundmanagement)	99155	Zuschlag für Leistungen, die durch die Praxisassistenten im Rahmen des Wundmanagements gemäß der Anlage 4 erbracht werden Darin enthalten sind die Kosten für die Hausbesuche, einschließlich der Wegekosten, die von einer Praxisassistenten im Rahmen der Leistungen gemäß Anlage 4 durchgeführt werden	Einmal pro Abrechnungsquartal, aber höchstens für 2 aufeinanderfolgende Abrechnungsquartale für eingeschriebene Versicherte, die an einer der in § 11 Abs. 7 Buchst. (e) aufgeführten gesicherten Diagnose erkrankt sind, sofern ein Praxisassistenten-Patient-Kontakt stattgefunden hat Siehe Punkt 5.2. i. V. m. § 11 Abs. 7 Buchst. e) und Anlage 4	30,00 EUR
Assistenz 6 (PLUSmobil)	ohne Belegung	Zuschlag für die Versorgung von eingeschriebenen Versicherten in deren Häuslichkeit, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch Praxisassistenten unter Nutzung eines speziellen Fahrzeuges (PLUSmobil) gemäß der Voraussetzungen in Anlage 4 – Anhang 1a	Einmal pro Abrechnungsquartal, pro Fahrzeug mit mindestens einer Praxisassistenten, maximal für 12 Abrechnungsquartale, jedoch nicht länger als für die Laufzeit des Leasingvertrages (Anhang 1a zur Anlage 4) und nicht über die Laufzeit des Vertrages zur HzV-THR hinaus, sofern durch den Hausarzt die gemäß Anhang 1a zur Anlage 4 genannten Voraussetzungen erfüllt und schriftlich nachgewiesen sind Siehe Punkt 5.3 i. V. m. Anlage 4 – Anhang 1a	300,00 EUR

Leistung/ Bezeichnung	Abr.-Nr.	Leistungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag
Assistenz 7 (INR-Einstellung)	99180	Zuschlag für HzV-Versicherte, die durch den Hausarzt auf eine Antikoagulation mit Cumarin-Derivaten eingestellt und in diesem Rahmen von der Praxisassistentin betreut werden	Einmalig pro eingeschriebenem HzV-Versicherten, der erstmalig auf Cumarine (VKA) eingestellt wird und bei dem ein Praxisassistentin-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Die wiederholte Abrechnung des Zuschlages ist für einen eingeschriebenen Versicherten nur dann möglich, wenn die Behandlung mit VKA auf Grund der medizinischen Behandlungssituation des Versicherten beendet wurde und zu einem späteren Zeitpunkt nach der Beendigung eine Neueinstellung der Antikoagulation mit VKA in der ambulanten Versorgung notwendig ist. Siehe Punkt 5.4. i. V. m. Anlage 4 Abschnitt V Abs. 4	40,00 EUR
Vergütung Modulverträge				
Nicht besetzt				

2 Quartalspauschale

- (a) Ein erklärtes Ziel der HzV-THR besteht darin, eine Versorgungsoptimierung durch besonders qualifizierte Hausärzte zu erreichen. Hierfür definiert die HzV-THR spezifische Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen, zu deren Einhaltung sich der teilnehmende Hausarzt dieses Vertrages während der gesamten Dauer der Vertragsteilnahme verpflichtet (vgl. § 11 Abs. 2). Hierzu zählt insbesondere die Nutzung der S3C-Schnittstelle gemäß Anlagen 1 und 2 in der jeweils aktuellen Version (vgl. § 11 Abs. 2 Buchst. (a)).
- (b) Für die Einhaltung der nach Buchst. (a) genannten Anforderungen zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Behandlung wird dem an der HzV-THR teilnehmenden Hausarzt eine Quartalspauschale gezahlt. Die Quartalspauschale kann einmal pro Abrechnungsquartal für jeden eingeschriebenen HzV-Versicherten, sofern ein Hausarzt-Patient-Kontakt stattgefunden hat, abgerechnet werden. Der Anspruch auf die Vergütung der Quartalspauschale (Abr.-Nr.: 99140S) besteht ab dem Quartal, in dem der verpflichtende Einsatz der S3C-Schnittstelle gegenüber der KVT nachgewiesen wurde, frühestens jedoch mit der Abrechnung des 3. Quartals 2015. Eine rückwirkende Vergütung ist nicht vorgesehen.
- (c) Erfolgt für den HzV-Versicherten ein Arztwechsel des Hausarztes innerhalb einer Praxis/Betriebsstätte (BSNR) entsprechend § 10 Abs. 6, ist die Quartalspauschale im Abrechnungsquartal für diesen Versicherten nur einmal vergütungsfähig.

Wird die nach Buchst. (a) geregelte Verpflichtung zur Nutzung der S3C-Schnittstelle nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf die Vergütung der Quartalspauschale nach Buchst. (b).

3 Alterspauschalen nach Altersgruppen

- (a) Die Wahrscheinlichkeit, an mehreren Krankheiten zu leiden, nimmt im Alter zu. Somit erfordert die Erfüllung der Aufgaben für den Hausarzt in seiner Lotsenfunktion für den HzV-Versicherten mit steigendem Alter einen erhöhten Betreuungsaufwand für die Erhaltung der somatischen, psychischen, funktionalen und subjektiven Gesundheit. Die Vergütung für diesen Mehraufwand erfolgt pauschal, in Abhängigkeit des Lebensalters des HzV-Versicherten.
- (b) Im Abrechnungsquartal kann dem Hausarzt pro eingeschriebenen HzV-Versicherten maximal eine Alterspauschale vergütet werden.
- (c) Für die Alterspauschale bzw. die Festlegung der jeweiligen Altersgruppe ist das Alter des HzV-Versicherten bei der ersten Inanspruchnahme bzw. am Tag der ersten Leistungsabrechnung im Kalendervierteljahr, welche die Abrechnung der "Versichertenpauschale" gemäß EBM berechtigt, maßgebend. Ein HzV-Versicherter kann somit nur eine Alterspauschale pro Abrechnungsquartal auslösen.

Bei eingeschriebenen HzV-Versicherten, für welche im Abrechnungsquartal ein Hausarzt-Patienten-Kontakt erfolgte, ermittelt die KVT die jeweils gültige Altersgruppe nach Nummer 1 und setzt die entsprechende Abrechnungsnummer bei der Abrechnung zu.

- (d) Nach Abschluss der Quartalsabrechnung für das IV. Quartal eines jeden Kalenderjahres prüft die KVT, inwiefern die Summe aller abgerechneten und vergüteten Alterspauschalen nach Buchstabe (c) 9.950.779,53 €¹ übersteigt. Sofern die Summe aller im Kalenderjahr abgerechneten und vergüteten Alterspauschalen nach Buchstabe (c) 9.950.779,53 € nicht übersteigt, wird diese Differenz (Nachvergütungsvolumen) - für die im abgerechneten Kalenderjahr vergüteten Alterspauschalen - in den Altersgruppen 3 und 4 nachvergütet.
- (e) Die Höhe der Nachvergütungspauschale (NP) ergibt sich aus dem Nachvergütungsvolumen, dividiert durch die Anzahl aller abgerechneten Alterspauschalen der Altersgruppen 3 und 4.

$$NP = \frac{(9.950.779,53 \text{ €} - \textit{kalenderjährlicheres Ausgabenvolumen aller Alterspauschalen})}{\textit{Anzahl aller abgerechneten und vergüteten Alterspauschalen der Altersgruppe 3 und 4}}$$

¹ Ausgabenvolumen für die bis 30.06.2020 gültigen Morbiditätspauschalen (Abr.-Nrn. 99150, 99151, 99152, 99153, 99194 sowie 99150S, 99151S, 99152S, 99153S, 99154S) des Kalenderjahres 2018

- (f) Die KVT übermittelt der AOK PLUS und dem THV bis zum 30.06. eines jeden Jahres nachfolgende Informationen
1. Nachvergütungsvolumen nach Buchstabe (d),
 2. Anzahl der Alterspauschalen der Altersgruppe 3 und 4 sowie
 3. Höhe der Nachvergütungspauschale nach Buchstabe (e).
- (g) Die an der HzV teilnehmenden Hausärzte erhalten für jede im Kalenderjahr vergütete Alterspauschale der Altersgruppen 3 und 4 eine Nachzahlung in Form einer Nachvergütungspauschale nach Buchstabe (e) mit der Honorarabrechnung für das I. Quartal des Folgejahres durch die KVT.
- (h) Für die Abrechnung und Vergütung der Alterspauschalen nach Buchstabe (c) gelten die Grundlagen entsprechend §§ 16 und 17. Die Vergütungen der Nachvergütungspauschale nach Buchstabe (d) werden über die Vorgangsnummern
1. Altersgruppe 3 = 110
 2. Altersgruppe 4 = 111
- im Formblatt 3, Kontenart 408 mit der jeweiligen Quartalsabrechnung für das I. Quartal des Folgejahres abgebildet.
- (i) Abweichend von den Regelungen in den Buchstaben (e) erfolgt die Ermittlung der Nachvergütungspauschale für das zweite Halbjahr 2020 anhand nachfolgender Berechnung:

$$NP\ 2020 = \frac{(5.006.611,30\ \text{€} - \text{Ausgabenvolumen aller Alterspauschalen im 2. Halbjahr 2020})}{\text{Anzahl aller abgerechneten und vergüteten Alterspauschalen der Altersgruppe 3 und 4 im 2. Halbjahr 2020}}$$

4 Pauschalen für die Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung

4.1 Pauschalen für die Pharmakotherapie

Die Vertragspartner haben das Ziel, den an der HzV-THR teilnehmenden Hausarzt an den Einsparungen der von ihm für seine betreuten AOK PLUS-Versicherten verordneten Arzneimittel zu beteiligen und damit die Wirtschaftlichkeit des HzV-THR-Vertrages zu fördern. Einsparungen können gemäß Anlage 9a vor allem durch die bevorzugte Verordnung bzw. Umsteuerung auf Standard- oder Reservewirkstoffe erzielt werden. Innerhalb der Prioritäten werden diese befördert, indem verstärkt die Abgabe rabattierter Arzneimittel ermöglicht wird.

Vor diesem Hintergrund kann der Hausarzt einen fixen Arzneimittelstrukturbonus erhalten und eine erfolgsabhängige Arzneimittelleistungspauschale generieren.

4.1.1 Bemessung des Einsparvolumens

- (a) Die AOK PLUS berechnet quartalsweise für alle an der HzV-THR teilnehmenden Hausärzte die durchschnittlichen DDD-Kosten aller im zu überprüfenden Quartal (Auswertungsquartal) abgegebenen katalogbezogenen Arzneimittelpackungen auf Basis des gesetzlichen Netto (abzüglich gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen) und vergleicht die durchschnittlichen DDD-Kosten aller an der HzV teilnehmenden Hausärzte des Auswertungsquartals mit den vergleichbaren (d. h. aus einem jeweils identischen Medikationskatalog berechneten) durchschnittlichen DDD-Kosten aller an der HzV teilnehmenden Hausärzte im Basiszeitraum.
- (b) Als Basiszeitraum wird das jeweilige Vorquartal eines Auswertungsquartals zu Grunde gelegt. Die AOK PLUS berechnet jeweils und unmittelbar nach wesentlichen Änderungen des Medikationskataloges (Hinzutritt/Wegfall einer Indikation) für alle an der HzV-THR teilnehmenden Thüringer Hausärzte die durchschnittlichen DDD-Kosten aller in diesem Zeitraum abgegebenen katalogbezogenen Arzneimittelpackungen auf Basis des gesetzlichen Netto (also abzüglich gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen).
- (c) Sind die durchschnittlichen DDD-Kosten des Auswertungsquartals geringer als im Basiszeitraum, wurde ein vergütungsrelevantes Einsparvolumen realisiert. Die erzielte Einsparung wird durch Multiplikation der rechnerischen DDD-Kostendifferenz mit dem katalogbezogenen DDD-Volumen des Auswertungsquartals ermittelt.
- (d) Von den Hausärzten nicht beeinflusste DDD-Kostenänderungen (z. B. durch Patentabläufe) sollen bei der Ermittlung der erzielten Einsparungen nach Möglichkeit unberücksichtigt bleiben. Entsprechende - nicht beeinflussbare DDD-Kostenänderungen - werden nach der folgenden Methodik in der Berechnung des vergütungsrelevanten Einsparvolumens berücksichtigt: Es erfolgt ein Vergleich der Arzneimittelpreise von Präparaten (PZN bezogen), die von strukturellen Preisänderungen, insbesondere Patentabläufen, Festbetragsabsenkungen (etc. pp) betroffen sind. Die AOK PLUS benennt gegenüber den Vertragspartnern die betroffenen Präparate (PZN bezogen). Bei Vorliegen dieser relevanten strukturellen Preisänderungen werden für diese Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen die GKV-abrechnungsrelevanten Preise des Auswertungsquartales für die Berechnung des Einsparvolumens zu Grunde gelegt.

Die entsprechenden Berechnungen (inklusive der Berechnungsschritte) sind seitens der AOK PLUS gegenüber den Vertragspartnern bis zum 10. Tag des sechsten Monats nach dem Abrechnungsquartal offenzulegen.

4.1.2 Arzneimittel-Strukturpauschale

- (a) Die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln im Sinne dieses Vertrages setzt die softwareunterstützte Nutzung eines definierten Medikationskataloges gemäß Anlage 9a (I. Abschnitt, Punkt 3) i. V. m. Anlage 2 durch den Hausarzt voraus.
- (b) Im Sinne des Buchst. (a) wird jedem an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt – der den Nachweis gemäß § 11 Abs. 2 Buchst. (a) gegenüber der KVT erbracht hat – quartalsweise die Arzneimittel-Strukturpauschale in Höhe von 50,00 EUR gewährt.
- (c) Erstmalig wird die Pauschale in dem Quartal vergütet, in dem der Nachweis gemäß § 11 Abs. 2 Buchst. (a) gegenüber der KVT erbracht wurde, frühestens jedoch mit der Abrechnung des 3. Quartals 2015.

4.1.3 Auszahlungs- und Verteilungsmodalitäten

- (a) Die AOK PLUS zahlt 50 von Hundert der gemäß Punkt 4.1.1 Buchst. (c) ermittelten Einsparungen an die Hausärzte (Ausschüttungsbetrag) aus.
- (b) Vom Ausschüttungsbetrag wird das Gesamtvolumen der Arzneimittel-Strukturpauschale in Abzug gebracht. Der resultierende Restbetrag wird in Form einer erfolgsabhängigen Arzneimittel-Leistungspauschale unter den anspruchsberechtigten Hausärzten gemäß Buchst. (c) arztbezogen zu gleichen Teilen verteilt.
- (c) Einen Anspruch auf Vergütung der erfolgsabhängigen Arzneimittel-Leistungspauschale haben alle Hausärzte, die
 1. die unter Punkt 4.1.2 genannten Maßgaben zum Anspruch auf Vergütung der Arzneimittel-Strukturpauschale erfüllen,
 2. mindestens 100 HzV-Versicherte betreuen und
 3. im Auswertungsquartal die nach Anlage 9a (III. Abschnitt, Punkt 3. Buchst. c.) bestimmte Zielquote mindestens erreicht haben.
- (d) Sollten innerhalb des Kollektivs der die Zielquote erfüllenden Hausärzte gemäß Buchst. (c) Ärzte sein, die weniger als 100 HzV-Versicherte betreuen, so rücken weitere Ärzte nach, auch wenn diese den Referenzwert der definierten Zielquote nicht erreichen.
- (e) Für den Fall, dass
 1. insgesamt keine Einsparung gemäß Punkt 4.1.1 Buchst. (c) von Hausärzten erzielt wird oder
 2. das finanzielle Gesamtvolumen der Arzneimittel-Strukturpauschale größer oder gleich dem Ausschüttungsbetrag sein sollte oder

3. der Restbetrag gemäß Buchst. (b) und die daraus resultierende arztbezogene Arzneimittel-Leistungspauschale unverhältnismäßig niedrig für eine Auszahlung sein sollte,

verständigen sich die Vertragspartner über die Art und Weise der Ausschüttung einer Vergütung nach dem Punkt 4.1.

4.1.4 Abrechnung der Vergütung

- (a) Die AOK PLUS übermittelt der KVT nach Berechnung gemäß Punkte 4.1.2 und 4.1.3 eine Auszahlliste der Vergütungsbeträge (SEL_89101_EAZM_kvt_jjjjq) für die erfolgsabhängige Arzneimittel-Leistungspauschale je LANR/BSNR inklusive der Berechnungsschritte bis zum 10. Tag des sechsten Monats nach dem Abrechnungsquartal. Die arztseitige Auszahlung wird im nachfolgenden Abrechnungsquartal vorgenommen.
- (b) Zur Ermittlung des individuellen prozentualen Anteils der als Standard oder als Reserve eingeordneten Wirkstoffe übermittelt die AOK PLUS ebenfalls spätestens am 10. Tag des sechsten auf das Ende des zu überprüfenden Quartals folgenden Monats der KVT für ihre teilnehmenden Mitglieder die hierfür erforderlichen Angaben (arztbezogene Verordnungsmenge in DDD je Medikationskatalog-Kategorie und je ATC-Code). Das Nähere regelt die Anlage 5.

5 Assistenz-Pauschalen

5.1 Nicht besetzt

5.2 Assistenz 5 (Wundmanagement)

- (a) Die Vergütung der Pauschale Assistenz 5 (nachfolgend Pauschale Wundmanagement) wird für den Einsatz der Praxisassistenz je eingeschriebenen Versicherten jeweils einmal pro Quartal, aber höchstens für 2 aufeinanderfolgende Abrechnungsquartale gezahlt, sofern Leistungen gemäß Anlage 4 (V. Abschnitt, Abs. 2 Buchst. i) durchgeführt wurden. Der Zahlungsanspruch erfolgt unter folgenden Voraussetzungen:
 - 1. der eingeschriebene Versicherte ist an mindestens einer der im § 11 Abs. 7 Buchst. (f) aufgeführten gesicherten Diagnose erkrankt und
 - 2. im Abrechnungsquartal hat ein Kontakt zwischen der Praxisassistenz und dem Patienten stattgefunden und
 - 3. es handelt sich um eine chronische Wunde mit einer neuen Lokalisation, für die die Vergütungsposition Wundmanagement gemäß Anlage 10 noch nicht abgerechnet wurde und

4. mit der Abrechnung der Pauschale Wundmanagement erfolgt gleichzeitig die Übermittlung mindestens einer der in § 11 Abs. 7 Buchst. (f) genannten Diagnosen.
- (b) Die Pauschale Wundmanagement kann im Abrechnungsquartal nur für eine der in § 11 Abs. 7 Buchst. (f) genannten Diagnosen abgerechnet werden, auch wenn der Versicherte zeitgleich an weiteren Wunden erkrankt ist. Erkrankt der Versicherte in einem späteren Quartal erneut an einer chronischen Wunde, verlängert sich der Zahlungsanspruch entsprechend bzw. beginnt erneut – vorausgesetzt der Hausarzt hat eine entsprechende Begründung im freien Begründungstext hinter der Abrechnungsnummer 99155 angegeben. Ausgenommen von dieser Regelung sind Rezidive, für die kein erneuter Anspruch auf die Vergütung der Pauschale Wundmanagement besteht.

5.3 Assistenz 6 (PLUSmobil)

- (a) Die Vergütung der Pauschale Assistenz 6 (nachfolgend Pauschale PLUSmobil) wird für die ärztlich angeordneten Hilfeleistungen der Praxisassistenz gemäß Anlage 4, insbesondere für jene Hilfeleistungen, die in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen zu erbringen sind, unter Einsatz eines besonderen Fahrzeuges (PLUSmobil), gemäß Anlage 4 – Anhang 1a, gezahlt.
- (b) Grundlage für die Vergütung der Pauschale PLUSmobil sind die Voraussetzungen gemäß Anlage 4 – Anhang 1a, Nummern 1 bis 3.
- (c) Mit der Pauschale PLUSmobil wird der Einsatz und die Verbindung von mindestens einer oder mehreren Praxisassistenzen mit einem PLUSmobil vergütet. Bei Bedarf können pro Hausarzt auch mehrere PLUSmobile mit einer übereinstimmenden Anzahl von Praxisassistenzen oder ein PLUSmobil mit mehreren Praxisassistenzen eingesetzt werden. Entscheidet sich der Hausarzt nach Auslaufen des Leasingvertrages eines PLUSmobils für ein neues PLUSmobil mit neuem Leasingvertrag, gelten die Regelungen dieser Anlage in Verbindung mit der Anlage 4 – Anhang 1a für das neue PLUSmobil gleichermaßen.
- (d) Die Pauschale PLUSmobil kann vom Hausarzt einmal für jedes von ihm mit mindestens einer zugehörigen Praxisassistenz eingesetzte PLUSmobil einmal pro Abrechnungsquartal abgerechnet werden. Für ein und dieselbe Praxisassistenz kann die Pauschale PLUSmobil maximal für ein PLUSmobil beansprucht werden. Dies gilt auch, wenn sie bei mehreren Hausärzten im Einsatz ist oder mehrere Hausärzte ein gemeinsames PLUSmobil mit einer oder mehreren Praxisassistenz/en einsetzen.

- (e) Die Pauschale PLUSmobil kann erstmals mit der Abrechnung des Quartals, in dem alle entsprechenden Voraussetzungen zur Anlage 4 – Anhang 1a gegenüber der KVT nachgewiesen sind (Meldequartal) beansprucht werden.
- (f) Der Anspruch besteht für maximal 12 Abrechnungsquartale, jedoch nicht länger als für die verbleibende Laufzeit des Leasingvertrages des jeweiligen PLUSmobil (Anlage 4 – Anhang 1a Punkt 3.) und nicht über die Laufzeit des Vertrages zur HzV-THR hinaus. Hat die Laufzeit des Leasingvertrages bereits vor dem Meldequartal begonnen, besteht der Anspruch auch in diesem Fall erstmals ab dem Meldequartal, eine rückwirkende Vergütung ist nicht möglich.
- (g) Beginnt die Laufzeit des Leasingvertrages innerhalb des Meldequartals, wird die Pauschale PLUSmobil für das gesamte Meldequartal in voller Höhe gewährt. Für das Quartal, in dem der Leasingvertrag endet, ist eine Abrechnung der Pauschale PLUSmobil nicht möglich.
- (h) Ist bei Antragstellung (Datum Meldeformular – Anlage 4 – Anhang 1b) die verbleibende Laufzeit für den Leasingvertrag für den PKW neun Monate oder weniger, ist die Pauschale PLUSmobil für diese restliche Leasing-Laufzeit auch ohne die zwischen den Vertragspartnern abgestimmte Beschriftung nach Anlage 4 Punkt 2 möglich.
- (i) Die Pauschale PLUSmobil ist an den Einsatz eines PLUSmobil mit einer Praxisassistenz geknüpft. Bei Aussetzung des Einsatzes von länger als 3 Monaten bzw. Beendigung, insbesondere der Beschäftigung der Praxisassistenz (Anlage 4 – Anhang 1a Punkt 5.), ist der Anspruch gehemmt und die Pauschale PLUSmobil kann nur noch für das Quartal beansprucht werden, in dem das Ausscheiden der Praxisassistenz erfolgte. Der Anspruch der Pauschale PLUSmobil besteht erst wieder ab dem Quartal, in dem der Hausarzt eine Neueinstellung oder eine gemäß § 11 Abs. 7 zertifizierte Praxisassistenz gegenüber der KVT nachweist und diese mindestens in 6 Wochen dieses Quartals im Einsatz ist. Der Anspruch auf Abrechnung der Pauschale PLUSmobil beginnt in diesem Fall nicht von vorn, sondern setzt sich fort.
- (j) Mit der Pauschale PLUSmobil ist der Einsatz des PLUSmobil für die Leistungen gemäß Anlage 4 – Anhang 1a abgegolten. Insbesondere ergeben sich aus diesem Vertrag keine weiteren Ansprüche des Hausarztes auf Übernahme sonstiger Kosten (z. B. Reparaturen der Beschriftung, Erneuerung der Beschriftung, Entfernung der Beschriftung), die ihm im Zusammenhang mit dem Einsatz des PLUSmobil gemäß Anlage 4 – Anhang 1a entstehen.
- (k) Die KVT führt ein Verzeichnis für die beantragten PLUSmobile und übermittelt dieses gemäß Anlage 5 (Technische Anlage) an die AOK PLUS.

5.4 Assistenz 7 (INR-Einstellung)

Die Pauschale Assistenz 7 (Einstellung) wird für jeden HzV-Versicherten gezahlt, der durch den teilnehmenden Hausarzt erstmalig auf eine Antikoagulation mit Cumarin-Derivaten (VKA) eingestellt wurde und bei dem die Praxisassistenz Leistungen gemäß Anlage 4 (V. Abschnitt Abs. 4) erbracht hat. Die wiederholte Abrechnung der Assistenz 7 ist für einen eingeschriebenen Versicherten nur dann möglich, wenn die Behandlung mit VKA auf Grund der medizinischen Behandlungssituation des Versicherten beendet wurde und zu einem späteren Zeitpunkt nach der Beendigung eine Neueinstellung der Antikoagulation mit VKA in der ambulanten Versorgung notwendig ist. Auch hier gilt, dass die Praxisassistenz die Leistungen gemäß Anlage 4 (V. Abschnitt Abs. 4) erbracht hat. Der Zahlungsanspruch entsteht unter folgenden Voraussetzungen:

- (a) im Abrechnungsquartal hat mindestens ein Kontakt zwischen der Praxisassistenz und dem Versicherten stattgefunden und
- (b) die Praxisassistenz hat die Ergebnisse der vorgenommenen Tests gemäß Anlage 4 (V. Abschnitt Abs. 4) in der Patientenakte dokumentiert und mit dem Hausarzt besprochen.
- (c) Ein HzV-Versicherter gilt als erstmalig und durch den Hausarzt eingestellt, wenn der HzV-Versicherte vor der erstmaligen Verordnung eines Cumarin-Derivates zur Antikoagulation durch den Hausarzt keine Verordnung über Cumarine oder neue orale Antikoagulantien (Wirkstoffgruppen: direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor-Xa-Inhibitoren) erhalten hat.
- (d) Ein HzV-Versicherter gilt als neu (im Sinne einer Wiedereinstellung) und durch den Hausarzt eingestellt, wenn der Versicherte nach einer Behandlungsunterbrechung in der Versorgung mit oralen Antikoagulantien auf eine Antikoagulation mit Cumarin-Derivaten durch den Hausarzt eingestellt wird.
- (e) Nach einem Zeitraum von 4 Quartalen ab Inkrafttreten bewerten die Vertragspartner gemeinsam die Entwicklung dieser Maßnahme. Grundlage der Bewertung sind die Verordnungsdaten, die der AOK PLUS aus der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V vorliegen.

5.5 Abrechnung der Vergütung

- (a) Die Vergütung der Leistungen für die Praxisassistenz kann nur soweit und solange beansprucht werden, wie vom Hausarzt 100 chronisch kranke Versicherte betreut werden (Einschreibequote). Die Einschreibequote bezieht sich auf das Quartal der Leistungserbringung durch die Praxisassistenz.

- (b) Gemäß der 2. Protokollnotiz zur Umstellung der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen zwischen der AOK PLUS und der KVT vom 31.08.2018 wird seitens der KVT eine Übersicht mit den Ärzten (BSNR) auf dem Server der AOK PLUS bereitgestellt, die die Pauschale für die Assistenz 6 erhalten haben. Die Daten werden nicht in den zu übermittelnden Dateien ausgewiesen.

6 Vergütung Modulverträge

6.1 Nicht besetzt