Vergütung und Abrechnung 12a

ABSCHNITT I: HZV-VERGÜTUNGSPOSITIONEN FÜR DIE KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHE VERSORGUNG

Die Vertragspartner vereinbaren für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende HZV-Vergütung (HAUSÄRZTE werden im folgenden KINDER-/JUGENDÄRZTE genannt; mit HAUSÄRZTEN sind am HZV-Vertrag teilnehmende Allgemeinmediziner bzw. Hausärztliche Internisten gemeint):

Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	**Leistungsinhalt**	**Vergütungsregeln**	**Betrag**
(kontaktunabhängige) Grundpauschale **P1**	• Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (kinder- und jugendgerechte Praxisausstattung mit Wärmelampe, Säuglingswaage, Stadiometer, RR-Manschetten in altersentsprechenden Größen, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, Pulsoxymeter, Behandlungsplatz zur Durchführung einer Inhalationstherapie, Geräte zur Durchführung von Seh- und Hörtest, pädiatrischer Notfallkoffer mit Mindestinhalt gemäß **Anlage 2a** • Vorhalten einer onlinefähigen IT • Ausstattung der Praxis mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem • Ausstattung mit Vertragssoftware / Hardware • Technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) • Angebot einer werktäglichen Sprechstunde sowie mindestens einer Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr (Terminsprechstunde) pro Woche • Präsenzlabor: Urinstix und Strep A (EBM-Ziffern: 32033 und 32152) • Entwicklungsdiagnostik: Vorhaltung und Anwendung standardisierter Entwicklungs-diagnostik mit Sprach- und Entwicklungstests (z.B. FRAKIS, SSV, SBE-2/3-KT, HASE, Denver, Griffiths, BUEGA, Movement-ABC u.a.)	P1 wird einmalig pro eingeschriebenen HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr vergütet. Ein Versichertenteilnahmejahr („**Versichertenteilnahmejahr**“) ist das Jahr ab Beginn der Teilnahme des HZV-Versicherten an der HZV; Beginn der Teilnahme ist der erste Tag des Quartals, in dem der HZV-Versicherte als solcher gilt, § 4 Abs. 3 des Vertrages. P1 wird im Zuge der Abrechnung des ersten Abrechnungsquartals bezogen auf den jeweiligen HZV-Versicherten in voller Höhe ausgezahlt. Werden in einem Quartal weitere HAUSÄRZTE bzw. KINDER-/JUGENDÄRZTE durch den HZV-Versicherten aufgesucht, so werden alle KINDER-/JUGENDÄRZTE bzw. HAUSÄRZTE mit Ausnahme des gewählten KINDER-/JUGENDARZTES als Vertreter betrachtet (s. Vertreterpauschale). Der oder die weiteren KINDER-/JUGENDÄRZTE bzw. HAUSÄRZTE haben keinen Anspruch auf die Auszahlung von P1. Gewählter KINDER-/JUGENDARZT ist der KINDER-/JUGENDARZT, der auf der letzten gültigen Teilnahmeerklärung des HZV-Versicherten als solcher angegeben ist. Erfolgt vor Ablauf von 12 Monaten ein Arztwechsel oder ein Ausscheiden des HZV-Versicherten aus der HZV, wird die P1 rückwirkend angepasst und ist zurückzuzahlen (§ 19b Abs. 5 des Vertrages). Für jedes begonnene Quartal erhält der betreuende KINDER-/JUGENDARZT einen Anteil von einem Viertel der Summe von P1 und etwaiger Zuschläge auf P1. Bei einem Wechsel des KINDER-/JUGENDARZTES beginnt für den neuen KINDER-/JUGENDARZT vergütungstechnisch ein neues Versichertenteilnahmejahr. Strep A (32152): Ziffer darf nicht über KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im GZK enthalten ist.	**35,00 €** / Versicherten-teilnahmejahr

(kontaktabhängige) Behandlungspauschale **P2**	• Komplette hausärztliche Versorgung des Patienten inkl. endstelliger Kodierung ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen sowie ohne Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung • Delegation osteopathischer Behandlung gemäß **Anlage 7b** • Information zu HZV, strukturierten Behandlungsprogrammen sowie spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst etc. • Einleitung einer stationären Vorsorge bzw. Rehabilitation gemäß **Anlage 14**	P2 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Alle weiteren, in diesem Abrechnungsquartal aufgesuchten KINDER-/JUGENDÄRZTE gelten als Vertreter (s. Vertreterregelung).	**39,00 €** /Quartal
(kontaktabhängiger) Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten **P3**	Speziell auf die Bedürfnisse chronisch kranker Patienten abgestimmte, die unter P2 genannte Versorgung ergänzende hausärztliche Versorgung Der Patient muss im Leistungsquartal oder Vorquartal ärztlich behandelt werden.	P3 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die Leistung ist an die gesicherte und endstellige Kodierung der in **Anhang 2** zu Anlage 12a benannten ICD-10-Diagnosen geknüpft. Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden, wenn im Leistungsquartal oder im Vorquartal ein persönlicher APK erfolgt. Die Abrechnung von P3 schließt eine parallele Abrechnung von P5 aus.	**28,00 €** /Quartal
(kontaktabhängige) Pauschale für die Behandlung von Versicherten der AOK im ersten Lebensjahr **P4**	Dem besonders hohen Aufwand im ersten Lebensjahr und der Einschreibemechanik Rechnung tragend wird P4 vergütet, auch wenn der AOK-Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung noch nicht wirksam in die HZV eingeschrieben ist. Dies schließt Amblyopie-Screening und eine klimaresiliente Versorgung gemäß Anhang 8 zu Anlage 12 ein. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	P4 wird einmalig pro HZV-Versicherten vergütet, sofern dieser sich zum Zeitpunkt des persönlichen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontaktes (APK), der der Abrechnung zu Grunde liegt, in seinem ersten Lebensjahr befindet. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung und Information der Eltern. Kommt die wirksame HZV-Einschreibung nicht bis zum übernächsten Quartal zustande, das auf das Datum des APK folgt, wird keine Vergütung ausgezahlt. Abrechnungsgrundlage ist der APK.	**75,00 €** / Versicherten-teilnahme
(kontaktabhängige) Pauschale für die Behandlung von Versicherten der AOK im zweiten bis dritten Lebensjahr **P5**	Dem besonders hohen Aufwand im zweiten bis dritten Lebensjahr wird Rechnung getragen für Versicherte, die bereits wirksam an der HZV teilnehmen	P5 wird einmal pro Abrechnungsquartal je HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Abrechnungsquartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Der HZV-Versicherte muss sich zum Zeitpunkt des Arzt-Patienten-Kontaktes (APK), der der Abrechnung zu Grunde liegt, in seinem zweiten bzw. dritten Lebensjahr befinden. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung und Information der Eltern. Abrechnungsgrundlage ist der APK. Die Leistung kann für jedes Abrechnungsquartal abgerechnet werden, wenn im Leistungsquartal oder im Vorquartal ein persönlicher APK erfolgt. P5 kann nicht parallel zu P3 abgerechnet werden.	**15,00 €** /Quartal
Spezialpädiatrische Grundpauschale ≤ 5 Jahre (kontaktabhängige) Pauschale für die spezialpädiatrische Tätigkeit bei überwiesenen fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (0-5 Jahre) **P6**	Ausgleich der spezialpädiatrischen Grundpauschalen bzw. Grundleistungen.	P6 wird einmal pro Abrechnungsquartal je fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern die Überweisung zu einer kinderfachärztlichen Untersuchung (insbesondere Kinderkardiologie, Kinderpneumologie und Neuropädiatrie) vorliegt und ein persönlicher/ KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. In einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die Ziffer durch den am HZV-Vertrag teilnehmenden KINDER- UND JUGENDARZT abzurechnen. Die EL Hyposensibilisierung (Allergologie) sowie die Auftragsleistung A1 Pädiatrische Sonografie können ggf. neben P6 abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung von Einzelleistungen sowie der Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich.	**70,00 €** / Quartal

Spezialpädiatrische Grundpauschale > 5 Jahre (kontaktabhängige) Pauschale für die spezialpädiatrische Tätigkeit bei überwiesenen fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten ab Vollendung des 6. Lebensjahres (ab 6 Jahren) **P7**	Ausgleich der spezialpädiatrischen Grundpauschalen bzw. Grundleistungen	P7 wird einmal pro Abrechnungsquartal je fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern die Überweisung zu einer kinderfachärztlichen Untersuchung (Kap. 4.4 oder 4.5 EBM) vorliegt und ein persönlicher/ KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die Ziffer ist darüber hinaus bei Erbringung eines Langzeit- oder Belastungs-EKGs (entspricht EBM-Ziffer 04321S + 04322S) durch den spezialärztlich tätigen Kinder- und Jugendarzt als kinderfachärztliche Mitbehandlung auf Überweisung abrechungsfähig. In einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die Ziffer durch den am HZV-Vertrag teilnehmenden KINDER- UND JUGENDARZT abzurechnen. Die EL Hyposensibilisierung (Allergologie) sowie die Auftragsleistung A1 Pädiatrische Sonografie können ggf. neben P7 abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung von Einzelleistungen sowie der Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich.	**60,00 €** / Quartal
Vertreterpauschale	Vollständige hausärztliche Versorgung eines Patienten ohne die im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen im Vertretungsfall (Behandlung von HZV-Versicherten, die einen anderen HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben). Der telemedizinische KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt berechtigt nur im Rahmen der organisierten Vertretung (gem. § 5 Abs. 4g) zur Abrechnung der Vertreterpauschale.	Die Vertreterpauschale wird einmal pro Abrechnungsquartal für einen bei einem anderen HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT eingeschriebenen HZV-Versicherten vergütet, sofern im entsprechenden Quartal mindestens ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bzw. innerhalb eines MVZ ausgelöst.	**20,00 €** / Quartal
Versorgungszuschlag bei Beendigung von HAUSÄRZTEN bzw. KINDER-/JUGENDÄRZTEN	Versorgung von HZV-Versicherten insbesondere aufgrund rückwirkender Beendigung des betreuenden HAUSARZTES bzw. KINDER-/JUGENDARZT oder regulärer Beendigung des betreuenden HAUSARZTES bzw. KINDER-/JUGENDARZTES für Patienten im AOK-FacharztProgramm	Der Zuschlag wird max. für 2 Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der HZV-Versicherte in diesem Zeitraum auf eine Pseudo-Betreuung eingeschrieben ist, eine Vertreterpauschale abgerechnet wurde und der Versicherte bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, in die HZV eingeschrieben ist. Der Zuschlag auf die Vertreterpauschale wird nur demjenigen HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT gewährt, den der Versicherte durch erneute Abgabe der Teilnahmeerklärung als neuen HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT wählt. Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet. Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben.	**20,00 €** / Quartal **25,00 €** / Quartal
Aufnahmepauschale bei Schließung der Betreuarztpraxis ohne Praxisnachfolge	Versorgung von fremden HZV-Versicherten, deren gewählter HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT innerhalb der nächsten zwei Quartale ohne Praxisübergabe schließt	Die Pauschale wird dem Vertreterarzt für max. zwei Quartale zusätzlich zur Vertreterpauschale vergütet, sofern der betreuende HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT seine Praxis innerhalb der nächsten 2 Quartale ohne Praxisübergabe schließt und die Umschreibung bis spätestens zum übernächsten Quartal, das auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, wirksam wurde. Zusätzlich wird bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung gemäß G-BA Definition automatisch ein weiterer Zuschlag entsprechend der P3 vergütet. Ein persönlicher/ telemedizinischer HAUSARZT bzw. KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) muss im Leistungsquartal stattgefunden haben	**20,00 €** / Quartal **25,00 €** / Quartal

Zielauftragspauschale	Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung	Ein Zielauftrag kann (1) nur für nicht-obligatorische Leistungen gemäß **Anhang 1** erteilt werden, und (2) nur sofern diese Leistung in der Praxis des den Zielauftrag erteilenden KINDER-/JUGENDARZTES aufgrund fehlender Qualifikation/Ausstattung nicht erbracht werden kann (z.B. Kleine Chirurgie, Sonografie, Amblyopie) und (3) er medizinisch erforderlich ist. Auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge. Ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird kann nicht abgerechnet werden. Die Zielauftragspauschale und die Vertreterpauschale sind nicht gleichzeitig (Kriterium: gleiches Leistungsdatum) abrechenbar. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**12,50 € /** je Zielauftrag
Einzelleistungen			
Zuschläge bei besonderen Leistungen:			
DMP	Betreuung gemäß der DMP-Verträge mit der KV Baden-Württemberg	DMP wird für die besondere Betreuung für DMP als Einzelleistung über die HZV abgerechnet und gemäß den DMP-Verträgen der AOK mit der KV vergütet. D.h. nur DMP-Schulungsziffern gemäß Anl. 12, Abschnitt III., Ziffer VII., Abs. 1d können über die KV abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z.B. Ultraschall, Ergometrie etc.) erbracht.	**Gemäß DMP-Verträgen der AOK**
Kindervorsorge „Paed.Check“	Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1 Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können die Kindervorsorge-untersuchungen U1-U9, J1 einmalig abrechnen. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreterpauschale ist nicht möglich. Im Falle eines Zielauftrags durch einen HAUSARZT, der über die Anlage 12 am Vertrag teilnimmt, kann U1-U9, J1 ebenfalls abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich. Ausnahme: es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen (z. B. Ultraschall etc.) erbracht. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**62,00 € /** Untersuchung
Kindervorsorge „Paed.Check“	Kindervorsorgeuntersuchungen U10, U11, J2 Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können die Kindervorsorge-untersuchungen U10, U11, J2 einmalig abrechnen. Die U10, U11, J2 können nicht im Rahmen von Zielaufträgen erbracht werden und sind obligatorisch von allen KINDER-/JUGENDÄRZTEN bzw. HAUSÄRZTEN zu erbringen. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**62,00 € /** Untersuchung
Impfungen 1	Einfach- und Mehrfachimpfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK und Dokumentation in der Vertragssoftware. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können Impfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK abrechnen. Die Leistung beinhaltet die Beratung der Eltern sowie das Führen und Ausfüllen eines Impfpasses. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**11,00 € /** Impfung

Impfungen 2	Sechsfachimpfungen und HPV-Impfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK und Dokumentation in der Vertragssoftware. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	KINDER-/JUGENDÄRZTE können Impfungen nur gemäß den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK abrechnen. Die Leistung beinhaltet die Beratung der Eltern sowie das Führen und Ausfüllen eines Impfpasses. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**17,00 € /** Impfung
Besondere Impfberatung	Gespräche mit Eltern/Erziehungsberechtigten, die dem Impfen besonders kritisch oder ablehnend gegenüberstehen. Für Versicherte bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres	KINDER-/JUGENDÄRZTE können die Impfberatung unter den im Leistungsinhalt genannten Voraussetzungen abrechnen. Hingegen ist die allgemeine Beratung und Aufklärung über das Impfen mit der Vergütung der Einzelleistungen Impfungen 1 und Impfungen 2 abgegolten. Max. 3 mal je Versichertem bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, nicht am selben Tag. Die Vertragspartner vereinbaren die kontinuierliche Überprüfung der Abrechnung der besonderen Impfberatung. Wird die Leistung bei mehr als 10 % aller Versicherten (bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres) erbracht, werden geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Regelung getroffen. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**15,00 € / 10 Minuten**
Sozialpädiatrische Beratung und Koordination	Gespräche mit Angehörigen bzw. relevanten Institutionen (Kindergarten, SPZ etc.) Kodierung gemäß Liste **Anhang 3** zu Anlage 12a	Max. 6 mal 10 Minuten pro Quartal (Obergrenze: 60 Minuten im Quartal) Die Vertragspartner vereinbaren die kontinuierliche Überprüfung der Abrechnung der sozialpädiatrischen Beratung und Koordination. Bei mehr als 10% Versicherteninanspruchnahme werden geeignete Maßnahmen zur Anpassung der Vergütungsposition getroffen. Ein persönlicher/telemedizinischer KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**15,00 € /** 10 Minuten
Transition	Transition des HZV-Versicherten vom KINDER-/JUGENDARZT zum HAUSARZT Transitions-Bogen gemäß **Anhang 4** zu Anlage 12a. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	Beratung und Unterstützung des Patienten bei der Wahl eines HAUSARZTES, der nicht KINDER-/JUGENDARZT ist. Mit dem Übergang wird bei Bedarf und Anforderung durch den HAUSARZT die Patientenakte übergeben. Für Ausnahmefälle ist die HZV-Teilnahme beim KINDER-/JUGENDARZT möglich, auch wenn der Versicherte das 18. Lebensjahr überschritten hat. Die Abrechnung ist nur möglich für Versicherte, für die parallel eine P3 abgerechnet wird. Die Transitionsziffer kann gemäß § 19 Abs. 3 rückwirkend abgerechnet werden. Kommt es nach Ausstellung des Transitionsbogens zu keiner wirksamen Einschreibung des Versicherten in die HZV, bleibt die Vergütung davon unberührt. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**25,00 € /** pro Übergang chronisch kranker Patienten
Hyposensibilisierung (Allergologie)	Einzelleistung für Hyposensibilisierung durch Kinder- und Jugendärzte Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Allergologie“ gemäß EBM (vgl. **Anhang 1**) Hyposensibilisierungsbehandlung gemäß der AWMF-Leitlinie: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/061-004.html Obligater Leistungsinhalt • Hyposensibilisierungsbehandlung durch subkutane Allergeninjektion(en), • Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer	Die Einzelleistung kann abgerechnet werden, wenn eine Sonderzulassung erteilt wurde. Nachzuweisen ist hierfür die Hyposensibilisierungsbehandlung von mindestens 10 GKV-Versicherten bzw. von mindestens 40 durchgeführten Hyposensibilisierungsbehandlungen in den zurückliegenden 4 Quartalen durch den KINDER-/ JUGENDARZT. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**15 € /** Hyposensibilisierung

	• Voraussetzung für den Allergologiezuschlag ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Behandlung einer anaphylaktischen Reaktion (siehe insbesondere pädiatrischer Notfallkoffer gemäß Anlage 2a). Der Patient muss ärztlich behandelt werden.		
Allergologie	Spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung gemäß EBM 30100 Obligater Leistungsinhalt Durchführung einer spezifischen allergologischen Anamnese und/oder Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung. Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	Max. 4 mal je Krankheitsfall abrechenbar. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	7,50 EUR / 5 Minuten
	Allergologie-Diagnostik I Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I) gemäß EBM 30111 Obligater Leistungsinhalt • Prick-Testung und/oder • Scratch-Testung und/oder • Reibtestung und/oder • Skarifikationstestung und/oder • Intrakutan-Testung und/oder • Konjunktivaler Provokationstest und/oder • Nasaler Provokationstest • Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle • Überprüfung der lokalen Hautreaktion • Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	In der Einzelleistung sind die entsprechenden Sachkosten gemäß EBM 40351 inkludiert. Einmal im Krankheitsfall abrechenbar. Im gleichen Behandlungsfall nicht neben der Allergologie-Diagnostik II abrechenbar. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	30 EUR / Allergologie-Diagnostik I
	Allergologie-Diagnostik II Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-) Allergie vom Spättyp (Typ IV) gemäß EBM 30110 Obligater Leistungsinhalt • Epikutan-Testung • Überprüfung der lokalen Hautreaktion Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	In der Einzelleistung sind die entsprechenden Sachkosten gemäß EBM 40350 inkludiert. Einmal im Krankheitsfall abrechenbar. Im gleichen Behandlungsfall nicht neben der Allergologie-Diagnostik I abrechenbar. Eine zusätzliche Abrechnung einer Vertreter- oder Zielauftragspauschale ist nicht möglich. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	45 EUR / Allergologie-Diagnostik II

Anlage 12a

Zuschläge auf P1			
Pädiatrische Sonografie	Alle im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Behandlung relevanten Sonografieleistungen inkl. präventive sowie kurative Sonografie der Hüfte; Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM Mindestvoraussetzung: Nieren, Abdomen und Hüfte	Der Zuschlag wird – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per KV-Nachweis erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Abrechnungsquartal.	**8,00 €** / Versichertenteilnahmejahr
Kleine Chirurgie-Zuschlag	Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ gemäß EBM (vgl. **Anhang 1**)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	**6,00 €** / Versichertenteilnahmejahr
Psychosomatik-Zuschlag	Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per KV-Nachweis erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Abrechnungsquartal. Ab 2017 ist die Qualifikation Psychosomatik obligatorisch für die Vertragsteilnahme.	**6,00 €** / Versichertenteilnahmejahr
Tympanometrie (Audiometrie als Qualifikation)	Messung der Compliance des Mittelohres unter kontinuierlicher Druckänderung und Messung der ipsilateralen und/oder kontralateralen Stapediusreflexe mit mindestens 4 Prüffrequenzen bei klinischer Indikation (indiziert bei vermuteter Schallleitungsstörung)	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per Wartungsbericht Tympanometer erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	**3,00 €** / Versichertenteilnahmejahr
Labor	Präsenzlabor BB entweder • Leuko, Thrombo, HB oder alternativ Hämatokrit (EBM Nr. 32036, 32037, 32038 oder alternativ 32039, je nach Methode) oder • EBM 32120 oder • EBM 32122 mit mindestens semiquantitativem CRP (EBM 32128 und/oder 32460) und Urinmikroskopie (EBM 32031)	CRP (32128 sowie 32460) Ziffern dürfen nicht über KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im GZK enthalten sind. Der Zuschlag wird – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per KV-Nachweis erklärt hat, dass er die Leistung erbringt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf den Nachweis folgenden Abrechnungsquartal.	**4,00 €** / Versichertenteilnahmejahr
Weiterbildungsassistenten-Zuschlag	Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung^{Plus}	Der Zuschlag wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf P1 aufgeschlagen, wenn der KINDER-/JUGENDARZT einen Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung^{Plus} der Universität Heidelberg beschäftigt. Teilen sich mehrere KINDER-/JUGENDÄRZTE in einer BAG einen Weiterbildungsassistenten, kann der Zuschlag nur auf die P1 eines Arztes, d.h. LANR, erfolgen. Je Arzt bzw. LANR wird maximal ein Zuschlag gewährt.	**3,00 €** / Versichertenteilnahmejahr

Zuschläge auf P2			
Amblyopie-Screening	Berührungsfreie, mitarbeits-unabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung von Refraktion, Pupillengröße und Pupillenreflexen beider Augen oder alternativ berührungsfreie, mitarbeits-unabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung des Visus beider Augen	Der Zuschlag wird automatisch auf die P2 aufgeschlagen, sofern der Versicherte am Tag der Leistungserbringung zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr ist. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal, sofern der KINDER-/JUGENDARZT der Managementgesellschaft per verbindlicher Selbstauskunft erklärt hat, dass er die Leistung erbringt.	**4,00** € / Quartal
Auftragsleistungen			
A1 Pädiatrische Sonografie	Alle im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Behandlung relevanten Sonografieleistungen inkl. präventive sowie kurative Sonografie der Hüfte; Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM Der Patient muss ärztlich behandelt werden.	HAUSÄRZTE bzw. KINDER-/JUGENDÄRZTE, die über Anlage 12 bzw. 12a am Vertrag teilnehmen und den Sonografiezuschlag erhalten, dürfen grundsätzlich keine Zielaufträge für Sonografie veranlassen. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann die Leistung A1 einschließlich der Zielauftragspauschale von KINDER-/JUGENDÄRZTEN abgerechnet werden, auch wenn der Zielauftrag von HAUSÄRZTEN bzw. KINDER-/JUGENDÄRZTEN kommt. Die medizinische Begründung des HAUSARZTES bzw. KINDER-/JUGENDARZTES für den Zielauftrag ist auf Verlangen der AOK zu übermitteln. Die Abrechnung ist maximal einmal pro Tag möglich. Bei Direktinanspruchnahme kann nur A1 ohne Zielauftrags-pauschale abgerechnet werden. Ein persönlicher KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) muss stattgefunden haben.	**30,00 € /** Untersuchung
Sonderzuschläge			
SOPASS-Zuschlag	Betreuung von HZV-Versicherten in den Bereichen Sozialpädiatrie und Prävention durch die SOPASS (**So**zialpädiatrie- und **P**räventions**ass**istentin); Das Nähere ist abschließend in Anhang 6 zu Anlage 12a geregelt.	Der SOPASS-Zuschlag wird automatisch auf die Leistungen „Kindervorsorge Paed.Check“ oder „Sozialpädiatrische Beratung und Koordination“ aufgeschlagen, sobald der KINDER-/JUGENDARZT gegenüber MEDIVERBUND durch Vorlage des entsprechenden Zertifikates nachgewiesen hat, dass mindestens eine MFA über eine Qualifikation nach Anhang 6 verfügt und dort näher beschriebene Aufgaben übernimmt.	**10,00 €** / Quartal
Zuschlag klimaresiliente Versorgung in Zusammenhang mit den Kindervorsorgeuntersuchungen U6, U7, U8, U9, U10, U11, J1 und J2	Umsetzung der klimaresilienten Versorgung gem. Anhang 8 zu Anlage 12a	Der Zuschlag wird automatisch auf die jeweilige Abrechnungsziffer der U-Untersuchung KJU6 – KJJ2 aufgeschlagen, sofern MEDIVERBUND der Nachweis des KINDER- UND JUGENDARZT und eines Teammitglieds zu einer Schulung mit Schwerpunkt „Klima und Gesundheit“ vorliegt. Das Teammitglied muss mit einem Stundenumfang von mind. 19h pro Woche in der Hausarztpraxis angestellt sein.	**8,00 € /** Untersuchung

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die Vergütungsvereinbarung gemäß dieser **Anlage 12a** gilt zunächst bis 31. Dezember 2019. § 19 Abs. 2 des Vertrages bleibt unberührt (siehe auch Anlage 18 Abs. 2e)).

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a)

(1) Der Leistungsumfang von P1 bis P3 sowie entsprechende Zuschläge bestimmen sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12a**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach ABSCHNITT II werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als nicht-obligatorische Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK und HÄVG/MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der KINDER-/JUGENDARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des KINDER-/JUGENDARZTES für die HZV-Versicherten, die ihn als KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben

(1) Der KINDER-/JUGENDARZT rechnet für die HZV-Versicherten, die ihn als KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben, Pauschalen und Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 12a** ab. Damit sind grundsätzlich alle hausärztlichen, von der HZV erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (**Anhang 1**) als obligatorisch gekennzeichneten Ziffern müssen dabei, soweit im Einzelfall medizinisch erforderlich, zwingend vom KINDER-/JUGENDARZT als Teil der Pauschalen, bzw. als Einzelleistungen abgerechnet werden. Sie dürfen nicht gesondert gegenüber der KV abgerechnet werden.

(2) Leistungen, die im Ziffernkranz (**Anhang 1**) als Bestandteil der Pauschale, aber als nicht-obligatorisch gekennzeichnet sind, sind vom KINDER-/JUGENDARZT als Bestandteil der Pauschale zu erbringen, sofern er sie nach seiner Qualifikation und/oder Ausstattung selbst erbringen kann. Andernfalls kann, soweit medizinisch erforderlich, ein Zielauftrag bzw. eine Auftragsüberweisung für die Erbringung der jeweiligen Einzelleistung erfolgen.

(3) Der KINDER-/JUGENDARZT muss, soweit medizinisch erforderlich, Leistungen, die ihm in der HZV über die Qualitätszuschläge auf P1 „Kleine Chirurgie“, „Sonografie“, „Psychosomatik“ und Tympanometrie oder P5 ”Amblyopie” vergütet werden, erbringen. Folgende Besonderheiten gelten bei Sonografie (vgl. auch **Anhang 1**):

a) Der Qualitätszuschlag „Sonografie“ kann abgerechnet werden, wenn der KINDER-/JUGENDARZT mindestens die Leistung „Abdominelle Sonografie“, „Sonografie Hüfte“ und „Sonografie Nieren“ erbringen kann.

(4) Ein KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patient-Kontakt (APK) wird wie nachfolgend definiert:

a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Kinder-/Jugendarztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Erziehungsberechtigten und beinhaltet einen konkreten Bezug zur kinder- und jugendärztlichen Versorgung des Patienten.

b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.

c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinischer APK umfasst auch die Telefonie.

d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.

e) Ein Ausschluss der Delegation nach lit. d ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Jeder persönliche KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakte (APK) nach Abs. 4 lit. b ist mit der Dokumentationsziffer 0000 zu dokumentieren. Jeder telemedizinische APK nach Abs. 4 lit. c ist mit der Dokumentationsziffer 0000F zu dokumentieren.

(5) Dem Zuschlag „Klimaresiliente Versorgung“ liegt folgende Ausgangslage zugrunde:

Klimaveränderungen weisen weltweit negative und komplexe Auswirkungen auf menschliche Lebensumstände und Gesundheit auf, wie auch umgekehrt das menschliche Verhalten die Umwelt und die Gesundheit prägt. Weil der Klimawandel nicht nur ein Umweltphänomen ist, sondern auch gesundheitliche Folgen mit sich bringt, werden ökologische Krisen auch gesundheitliche Krisen. Wenn Maßnahmen umgesetzt werden, die die Gesundheit und Resilienz fördern, verstärken sich Klima-, Gesundheits- und ökonomische Ziele gegenseitig („Triple-win-Situation“). Dieser Querschnittsthematik für gemeinsamen Nutzen muss das Gesundheitswesen durch wissenschaftliche Bestandsaufnahme, Strukturentwicklung und Investitionen entsprechen. Die Risiken des Klimawandels und die menschliche Gesundheit können HAUSÄRZTE/KINDER-/JUGENDÄRZTE und das Gesundheitspersonal kommunizieren; durch Aufklärung über Gesundheitsrisiken auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene, hier auch als Basis der haus- und facharztzentrierten Versorgung.

Die Klimafolgen werden sich nicht gleichmäßig auf die Bevölkerung auswirken. Insbesondere Kinder sind von Umwelteinflüssen und damit auch von Klimaveränderungen stärker betroffen und werden weltweit, aber auch in Deutschland, als vulnerable Gruppe einen Großteil der durch den Klimawandel verursachten Krankheitslast tragen. Sie bedürfen daher eines besonderen Schutzes.

Ziele zur gesundheitlichen Versorgung gemäß allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse sind:

a. Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren adressieren;

b. Maßnahmen umsetzen für mehr Gesundheits- und Klimakompetenz;

c. Die intersektorale und multiprofessionelle Zusammenarbeit stärken; Biopsychosoziale Verhaltensänderungen zu einem nachhaltigeren, klimaschonenden und gleichzeitig gesundheitsfördernden Lebensstil bewirken. Dazu zählen Lebensstilveränderungen im Bereich Mobilität, Ernährung, Rauchstopp und Prophylaxe unter anderem, weil sie unmittelbar einen Gesundheitsgewinn bewirken. Das gilt für chronische Erkrankungen insbesondere bei Herz-, Kreislauf-, muskuloskelettal- und Stoffwechselerkrankungen; für Kinder als klimavulnerable Gruppe; bei Atemwegserkrankungen vor allem in feinstaubbelasteten Regionen; bei Temperaturextremen einschließlich medikamentöser und sonstiger Risikofaktoren; gegen Infektionskrankheiten durch kontinuierlichen Impfschutz gemäß STIKO-Empfehlungen.

III. Abrechnung des KINDER-/JUGENDARZTES für die HZV-Versicherten, die einen anderen KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben

(1) Bei Vorliegen eines Zielauftrages (Auftragsüberweisung) (vgl. Ziffer II Absatz 2) eines anderen KINDER-/JUGENDARZTES kann der KINDER-/JUGENDARZT für Leistungen gemäß Ziffer II Absätze 2 und 3 je Zielauftrag für HZV-Versicherte, die den anderen KINDER-/JUGENDARZT gewählt haben, die Zielauftragspauschale über die HZV abrechnen (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).

(2) Werden Einzelleistungen per Zielauftrag durch einen anderen KINDER-/JUGENDARZT erbracht, kann hierfür nur die Einzelleistungsvergütung abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale (gleiches Leistungsdatum) neben dieser Einzelleistung ist nicht möglich (zu den Voraussetzungen vgl. ABSCHNITT I).

IV. Besonderheiten bei HZV-Leistungen innerhalb von Berufsausübungs-gemeinschaften/MVZ

(1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse

a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder

b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder

c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.

(2) Für die Angabe und Abrechnung der Qualitätszuschläge ”Sonografie”, ”Kleine Chirurgie”, Tympanometrie und Amblyopie kann das Leistungsspektrum der BAG/des MVZ berücksichtigt werden. Dann sind diese Leistungen obligatorisch als Teil der Zuschläge auf P1 bzw. P5 abgegolten (Ziffer II Absatz 3). Werden sie nicht durch den jeweils den Zuschlag abrechnenden KINDER-/JUGENDARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

(3) Nicht-obligatorische Leistungen gemäß **Anhang 1** sind im Umfang des Leistungsspektrums der BAG/des MVZ ebenfalls durch die Pauschalen abgegolten. Werden sie nicht durch den jeweils den Zuschlag abrechnenden KINDER-/JUGENDARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

(4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen oder Zielaufträgen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

(5) Rechnet ein nicht an der HZV teilnehmender Arzt einer BAG/MVZ eine Leistung gem. Anhang 1 (Ziffernkranz) für einen HZV-Versicherten gegenüber der KV ab, obwohl der BAG/MVZ ein HZV-Arzt angehört, auch wenn dieser nicht der betreuende HZV-Arzt dieses HZV-Versicherten ist, so ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

(1) Der eine Kindervorsorgeuntersuchung auf Zielauftrag durchführende KINDER-/JUGENDARZT erstellt für den HAUSARZT einen Arztbrief mit dem Untersuchungsergebnis.

(2) Die Direktinanspruchnahme von an der HZV teilnehmenden KINDER-/JUGENDÄRZTEN durch HZV-Versicherte (Kinder und Jugendliche) ohne Zielauftrag ist möglich. Für diesen Fall gelten die Vergütungs- und Behandlungsregeln der Vertreterpauschale analog.

VI. Impfleistungen

(1) Der Leistungsumfang zur Durchführung von Schutzimpfungen richtet sich nach der jeweils aktuellen Fassung der zwischen der AOK Baden-Württemberg und der KV geschlossenen "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen".

(2) Alle Impfleistungen sind analog den Ziffern der "Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen - Anlage 1" in der Abrechnung zu dokumentieren.

VII. Sonderfälle

(1) Zusätzlich zur HZV-Vergütung darf ein KINDER-/JUGENDARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM bzw. DMP-Vereinbarungen im Einzelfall folgende Leistungen für HZV-Versicherte, die nicht in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben sind, über die KV abrechnen:

a) Allergologie (30121);
b) Methadon (01950-01952);
c) Fachärztliche Leistungen gemäß EBM Kapitel 4.4;
d) DMP-Schulungen
e) Onkologie (01510-01512, 02101)
f) Phlebologie (30500-30501)
g) Proktologie (30600-30601, 30610-30611)
h) Psychotherapie (35130-35131, 35140-35142)
i) HIV-Betreuung (30920, 30922, 30924)

(2) Neben der jeweiligen Einzelleistung nach Absatz 1 lit. a) bis i) ist kein Leistungskomplex bzw. keine Grundpauschale über die KV abzurechnen.

(3) Für Versicherte, die zusätzlich in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben sind, gelten die Bestimmungen des Gesamtziffernkranzes, (vgl. Anhang 1 zu Anlage 12a).

(4) KINDER-/JUGENDÄRZTE, die über die Voraussetzung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie nach der aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, können vom Beirat des 73c-Vertrags Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zur Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen über dieses Programm zugelassen werden.

VIII. Doppel- und Fehlabrechnungen

(1) Eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73 b Abs. 7

SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem KINDER-/JUGENDARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabrechnung den gegenüber der KV von dem KINDER-/JUGENDARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern nicht der KINDER-/JUGENDARZT nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist insoweit zur Aufrechnung gegenüber HZV-Vergütungsansprüchen des KINDER-/JUGENDARZTES berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.

(2) Für den bei einer Doppelabrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der KINDER-/JUGENDARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die HÄVG/MEDIVERBUND ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die HZV-Vergütung berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die HÄVG/MEDIVERBUND der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

(3) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der KINDER-/JUGENDARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die HÄVG/MEDIVERBUND ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die HÄVG/MEDIVERBUND ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die HZV-Vergütung berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die HÄVG/MEDIVERBUND der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

ABSCHNITT IV: ABRECHNUNGSVERFAHREN

I. Abrechnung der HZV-Vergütung durch die HÄVG/MEDIVERBUND

(1) Die HÄVG/MEDIVERBUND sind zur ordnungsgemäßen Abrechnung der HZV-Vergütung des KINDER-/JUGENDARZTES nach den Vorgaben dieser Anlage 12a verpflichtet. Das von der HÄVG/MEDIVERBUND hierzu eingesetzte Rechenzentrum („Rechenzentrum“) ist derzeit:

HÄVG Rechenzentrum AG
Edmund - Rumpler - Straße 2
51149 Köln
Service-Hotline: 02203 5756 1111
Fax: 02203 57561110

(2) Der KINDER-/JUGENDARZT ist verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen persönlichen/telemedizinischen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK), bei jedem persönlichen/telemedizinischen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt (APK) bezogen auf HZV-Versicherte alle Diagnosen gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit Zusatzkennzeichen unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des BfArM – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich über die Vertragssoftware zu übermitteln bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

(3) Der KINDER-/JUGENDARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der HÄVG/MEDIVERBUND) vor Übermittlung der HZV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.

(4) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem KINDER-/JUGENDARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden.

(5) Die HÄVG/MEDIVERBUND werden unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den KINDER-/JUGENDARZT auf den HZV-Vergütungsanspruch leisten.

II. Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der HÄVG/MEDIVERBUND

(1) Der KINDER-/JUGENDARZT ist verpflichtet, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes für eine Pauschale nach dem vorstehenden ABSCHNITT I gegebenenfalls bereits durch einen persönlichen/telemedizinischen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt, bei jedem persönlichen/telemdizinischen KINDER-/JUGENDARZT/Arzt-Patienten-Kontakt bezogen auf HZV-Versicherte alle Diagnosen gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit Zusatzkennzeichen unter Auswahl des spezifischen ICD-10-Codes in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des BfArM – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich über die Vertragssoftware zu übermitteln bzw. ab entsprechender Änderung gemäß § 26 Abs. 1 des Vertrages die ICPC-Diagnoseziffer und das Leistungsdatum zu übermitteln. Gesicherte Diagnosen sind zu übermitteln.

(2) Der KINDER-/JUGENDARZT ist verpflichtet, innerhalb von 5 Arbeitstagen (Zugang bei der HÄVG/MEDIVERBUND) vor Übermittlung der HZV-Abrechnung Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.

(3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem KINDER-/JUGENDARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die HÄVG/MEDIVERBUND zu melden.

(4) Die HÄVG/MEDIVERBUND wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den KINDER-/JUGENDARZT auf den HZV-Vergütungsanspruch leisten.

(5) Die HÄVG/MEDIVERBUND bedient sich bei der Abrechnung des in Abschnitt IV, Ziffer I dieser **Anlage 12a** benannten Rechenzentrums.

III. Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der AOK

(1) Die HÄVG/ MEDIVERBUND sind gegenüber der AOK verpflichtet, die HZV-Abrechnung des KINDER-/JUGENDARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12a** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.

(2) Die HÄVG/MEDIVERBUND übersendet der AOK nach ihrer Prüfung gemäß dem vorstehenden Absatz eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der HZV-Abrechnung des KINDER-/JUGENDARZTES zur Prüfung. Die HÄVG/MEDIVERBUND bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung in Abschnitt IV, Ziffer I dieser Anlage 12a genannten Rechenzentrums (§ 295 a Abs.2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von den teilnehmenden KINDER-/JUGENDÄRZTEN abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für ihre erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen KINDER-/JUGENDARZT geprüften HZV-Vergütung einschließlich der geleisteten Abschlagszahlungen aus.

(3) Die AOK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**AOK-Prüffrist**"), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der HÄVG/MEDIVERBUND übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12a** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der HÄVG/MEDIVERBUND schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**"). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge. Die AOK informiert die HÄVG/MEDIVERBUND über die Erhebung von Abrechnungsrügen und damit verbundene Verzögerungen im Rahmen der Abrechnung.

a) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**") zum Ausgleich des in der AOK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. Die AOK erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK-Abrechnung gilt als abgestimmte AOK-Abrechnung („**abgestimmte AOK-Abrechnung**"). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die AOK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.

b) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungs-positionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen von

der HÄVG/MEDIVERBUND eine Rechnung.

c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die HÄVG/MEDIVERBUND die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersenden sie der AOK unverzüglich eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte AOK-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenen Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.

(4) Die AOK hat die Zahlung auf das von der HÄVG/MEDIVERBUND gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto der HÄVG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der HÄVG/MEDIVERBUND bleibt unberührt.

(5) Die AOK leistet jeweils zum ersten Kalendertag des Monats, beginnend ab dem 1. November 2008, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 15,50 EUR pro HZV-Versicherten zur Herstellung der für die Abrechnung durch die HÄVG/MEDIVERBUND erforderlichen Liquidität auf das Abrechnungskonto. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 5 entsprechend.

(6) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die HÄVG/MEDIVERBUND vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“).Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die HÄVG/MEDIVERBUND Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der HÄVG/MEDIVERBUND.

(7) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die HÄVG/MEDIVERBUND den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide

Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die HÄVG/MEDIVERBUND.

(8) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 7 und 8 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: ANHÄNGE

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12a**:

Anhang 1 zu Anlage 12a: Gesamtziffernkranz AOK Baden-Württemberg, Verträge nach §§73b und c SGB V

Anhang 2 zu Anlage 12a: ICD-Liste zur Pauschale P3

Anhang 3 zu Anlage 12a: ICD-Liste zur sozialpädiatrischen Beratung und Koordination

Anhang 4 zu Anlage 12a: Transitions-Bogen

Anhang 5 zu Anlage 12a: Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung für Kinder- und Jugendärzte

Anhang 6 zu Anlage 12a: SOPASS-Zuschlag

Anhang 7 zu Anlage 12a: STARKIDS

Anhang 8 zu Anlage 12a: Klimaresiliente Versorgung