

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrages.

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

- (1) Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach **ABSCHNITT II** werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK, die BNK Service GmbH und der MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der FACHARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten, die ihn im Rahmen des FacharztProgrammes Kardiologie in Anspruch genommen haben

- (1) Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß **ABSCHNITT I Anlage 12** („Vergütungspositionen“) ab. Damit sind grundsätzlich alle von dem AOK FacharztProgramm Kardiologie erfassten Leistungen abgegolten. **Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden.**
- (2) **Verfügt ein am AOK Facharztprogramm Kardiologie teilnehmender FACHARZT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen bestimmte Einzelleistungen (insbesondere Herzkatheter, PCI und TEE) - soweit medizinisch erforderlich - im Rahmen eines Zielauftrages als Auftragsleistung an einen FACHARZT überwiesen werden. Von dieser Regel kann nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).
- (3) Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über die Qualitätszuschläge Stressecho und Spiroergometrie, vergütet werden, erbringen. Nur wenn für diese Leistungen kein Qualitätszuschlag vergütet wird, kann, soweit medizinisch erforderlich, ein Zielauftrag zu einer Auftragsleistung ausgestellt werden.

- (4) Praxen können nach Vorlage eines Gerätekauf-/Leasingvertrages die Spiroergometrien als E10/Q5 abrechnen/erhalten.
- (5) Der Q5-Zuschlag wird automatisch bei Abrechnung von 10 Spiroergometrien (E10) in einer BSNR innerhalb eines Quartals auf jede P1 vergütet. Wird die Schwelle für den Zuschlag Q5 nicht erreicht, werden die Einzelleistungen E10 vergütet.
- (6) Für die Vergütung von Q5 werden nur die Spiroergometrien (E10) des Facharztprogramms gezählt.
- (7) Die Anzahl der Spiroergometrien zur Erreichung des Zuschlages Q5 werden auf Beschluss des Beirates jährlich (Kalenderjahr) nach folgender Maßgabe angepasst:

Steigt die Anzahl der Abrechnungsfälle im Kardiologievertrag innerhalb eines Jahres um mindestens 10 % an, dann wird die Anzahl der Spiroergometrien, die für die Vergütung von Q5 innerhalb eines Quartales über das Facharztprogramm abgerechnet werden muss, für das darauffolgende Jahr um eins angehoben. (Beginn: 10 E10 für das Jahr 2014).
- (8) AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH ist es gemeinsam erlaubt, nach billigem Ermessen für die Zukunft Anforderungen an die Gerätequalität der Spiroergometrie zu stellen.
- (9) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.
- (10) Arzt-Patienten-Kontakte sind wie nachfolgend definiert:
 - a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen 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 (nichtärztlichen) Delegation nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Telemedizinische Kontakte gem. lit. c) sind mit der Ziffer "FBE" zu dokumentieren.

III. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten bei Überweisung oder im Vertretungsfall

- (1) Bei Vorliegen eines Zielauftrages (vgl. Ziffer II Absatz 2) eines FACHARZTES oder beim Vorliegen einer Überweisung eines anderen FACHARZTES (Auftragsüberweisung) kann der FACHARZT für Leistungen gemäß Ziffer II Absatz 2 je Zielauftrag für eingeschriebene Versicherte die entsprechenden Auftragsleistungen über das AOK-FacharztProgramm Kardiologie abrechnen.
- (2) Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über das AOK-FacharztProgramm Kardiologie abgerechnet.

IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und 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. **Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.**

- (2) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 nicht durch den abrechnenden FACHARZT, 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. 9 des Vertrages. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b oder einem anderen Vertrag nach § 140a SGB V mit der AOK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 9 des Vertrages.
- (3) Die Abrechnung von Vertretungsfällen oder Auftragsleistungen/Zielaufträgen von Leistungen gemäß dieser Anlage innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.
- (4) In BAGs zwischen FACHARZT und FACHARZT sind, abweichend von Abs 3, Auftragsleistungen/Zielaufträge möglich.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang:

- Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr können an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen. Die direkte Inanspruchnahme von Kinderkardiologen bleibt dabei analog zu Regelung in § 73b SGB V unberührt.
- Am AOK-FacharztProgramm Kardiologie teilnehmende Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, werden bei einem FACHARZT behandelt. Ausnahme sind

Patienten mit angeborenen Herzfehlern (EMAH). Ihnen steht der Zugang zur kinder-kardiologischen FacharztEbene auf Überweisung des FACHARZTES oder FACHARZTES weiterhin frei.

VI. Umfang von Leistungen, die weiterhin über KV abgerechnet werden können

Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind. Eine zusätzliche Zuzahlung (Praxisgebühr) für diese Patienten wird hierdurch nicht ausgelöst.

VII. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 140a SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abbrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen nach diesem Vertrag des FACHARZTES berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabbrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft 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 FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft 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 vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.
- (2) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft 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 FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten

Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.

- (4) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.
- (5) Die Managementgesellschaft bedient sich bei der Abrechnung des in **Anlage 10** benannten Abrechnungszentrums.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft ermittelt für jeden FACHARZT die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:

Erfüllen der Voraussetzung für die Qualitätszuschläge

- Q1: Rationale Pharmakotherapie
 - Q3: Herzkatheter
- (3) AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH ermitteln gemeinsam für die Gesamtheit der FACHÄRZTE das Erfüllen der Voraussetzung für den Qualitätszuschlag:
 - Q2a, Q2b: Zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisungen bei Herzinsuffizienz, KHK, Herzrhythmusstörungen auf Basis von Daten, die die AOK liefert
 - (4) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. 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 Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (**„Rüge“**). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.

- 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. 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 Abrechnungspositionen), 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 eine Rechnung.
- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK für das Folgequartal 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 ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (5) Die AOK hat die Zahlung auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto („**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 Managementgesellschaft bleibt unberührt.
- (6) Die AOK leistet an die Managementgesellschaft jeweils zum ersten Arbeitstag des Monats, beginnend ab dem 01.02.2013, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 20 EURO pro abgerechneter P1-Pauschale auf das Abrechnungskonto. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft hat die AOK zur Ermittlung der Anzahl der P1 7 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten von MEDI nicht mindestens 7 Arbeitstage vor der jeweiligen Abschlagszahlung (beginnend am 01.02.2013) bei der AOK eingegangen sind, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlung entsprechend.

- (7) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 6 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 entsprechend.
- (8) 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 Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“).
- (9) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft 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 Managementgesellschaft.
- (10) 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 Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.
- (11) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 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 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-ZiffernkranzKardiologie

Anhang 2 zu Anlage 12: Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 3 zu Anlage 12: Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Anhang 4 zu Anlage 12: Qualitätszuschlag Herzkatheter

Anhang 5 zu Anlage 12: Qualitätszuschläge zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung

Anhang 6 zu Anlage 12: Aufwandsvergütung in der Vitamin-K-Antagonisten-Therapie

Anhang 7 zu Anlage 12: Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA“)

Anhang 8 zu Anlage 12: Diagnosenliste zur Ermittlung der Krankenhausausgaben pro Kopf zur Quotenbestimmung der Qualitätszuschläge Q2a und Q2b

Anhang 9 zu Anlage 12: Diagnosenliste zur ambulanten Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren