

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 der BKK LV Süd, 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 von BKK.MeinFacharzt Modul 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 BKK.MeinFacharzt Modul 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 an BKK.MeinFacharzt Modul 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) von BKK.MeinFacharzt Modul Kardiologie 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 in BKK.MeinFacharzt Modul Kardiologie innerhalb eines Jahres um mindestens 10 % an, dann wird die Anzahl der Spiroergometrien, die für die Vergütung von Q5 innerhalb eines Quartales über BKK.MeinFacharzt Modul Kardiologie abgerechnet werden muss, für das darauffolgende Jahr um eins angehoben. (Beginn: 10 E10 für das Jahr 2016).
- (8) BKK LV Süd, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH ist es gemeinsam erlaubt, nach billigem Ermessen für die Zukunft Anforderungen an die Gerätequalität der Spiroergometrie zu stellen.
- (9) 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 telemedizinische 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 BKK.MeinFacharzt Modul Kardiologie abrechnen.

- (2) Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über BKK.MeinFacharzt Modul 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 SGB V oder einem anderen Vertrag nach § 140a SGB V mit der BETRIEBSKRANKENKASSE 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 zur Regelung in § 73b SGB V unberührt.
- An BKK.MeinFacharzt Modul 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 kinderkardiologischen Facharztbene auf Überweisung des FACHARZTES oder HAUSARZTES 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.

VII. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der BETRIEBSKRANKENKASSE führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 140a Abs. 6 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, zugunsten der BETRIEBSKRANKENKASSEN 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 BETRIEBSKRANKENKASSE § 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 BETRIEBSKRANKENKASSE 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 zugunsten der BETRIEBSKRANKENKASSE geltend zu machen. Dazu tritt die BETRIEBSKRANKENKASSE 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 BETRIEBSKRANKENKASSE zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.
- (3) Für den bei einer Fehlabbrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der BETRIEBSKRANKENKASSE 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 zugunsten der BETRIEBSKRANKENKASSE geltend zu machen. Dazu tritt die BETRIEBSKRANKENKASSE 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 BETRIEBSKRANKENKASSE zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE § 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 im Hinblick auf den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich verpflichtet - unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I - bei ~~jedem~~ FACHARZT-Patienten-Kontakt bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle Diagnosen 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. Dauordiagnosen sind mit dem Kennzeichen "G" für gesicherte Diagnosen zu kodieren.
- (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 BETRIEBSKRANKENKASSE nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE 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 (Umsetzung zum 01.07.2016 angestrebt)
- Q3: Herzkatheter

(3) BKK LV Süd, 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 BETRIEBSKRANKENKASSEN liefern (Umsetzung zum 01.07.2016 angestrebt)

(4) Die Managementgesellschaft übersendet der BETRIEBSKRANKENKASSE nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die BETRIEBSKRANKENKASSE hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**BETRIEBSKRANKENKASSEN-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die BETRIEBSKRANKENKASSE 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 BETRIEBSKRANKENKASSEN-Prüffrist keine Rüge, ist die BETRIEBSKRANKENKASSE innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der BETRIEBSKRANKENKASSEN-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die BETRIEBSKRANKENKASSE erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete BETRIEBSKRANKENKASSEN-Abrechnung gilt als **abgestimmte BETRIEBSKRANKENKASSEN-Abrechnung** („**abgestimmte BETRIEBSKRANKENKASSEN-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die BETRIEBSKRANKENKASSE auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.

b) Erfolgt innerhalb der BETRIEBSKRANKENKASSEN-Prüffrist eine Rüge, ist die BETRIEBSKRANKENKASSE 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 BETRIEBSKRANKENKASSEN-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung

übersendet sie der BETRIEBSKRANKENKASSE 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 BETRIEBSKRANKENKASSEN-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 BETRIEBSKRANKENKASSE hat die Zahlung auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE schriftlich benannte Konto („~~Abrechnungs-~~**konto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die BETRIEBSKRANKENKASSE in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.

ABSCHNITT V: Anhänge

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

Anhang 1 zu Anlage 12:

Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz Kardiologie

Anhang 2 zu Anlage 12:

Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 3 zu Anlage 12:

Zuschlag Rationale Pharmakotherapie (Umsetzung zum 01.07.2016 angestrebt)

Anhang 4 zu Anlage 12:

Qualitätszuschlag Herzkatheter

Anhang 5 zu Anlage 12:

Qualitätszuschläge zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung (Umsetzung zum 01.07.2016 angestrebt)

Anhang 6 zu Anlage 12:

Qualitätszuschlag EFA-Kardio

Anhang 7 zu Anlage 12:

Aufwandsvergütung in der Vitamin-K-Antagonisten-Therapie