

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)

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 BKK 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 AOK-Facharztprogrammes bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie in Anspruch genommen haben

- (1) Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I („Vergütungspositionen“) ab. Damit sind grundsätzlich alle vom AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Des Weiteren gilt § 19 Abs. 14 des Vertrages.
- (2) **Verfügt ein am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie teilnehmender FACHARZT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen solche Leistungen - soweit medizinisch erforderlich - im Rahmen eines Zielauftrags 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) **Im Rahmen dieses Vertrages muss der FACHARZT alle im Ziffernkranz als obligatorisch gekennzeichneten Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Die im Ziffernkranz als nicht-obligatorisch gekennzeichneten Leistungen muss der FACHARZT - soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll - dann im Rahmen dieses Vertrages erbringen, wenn die Praxis/BAG diese Leistung bislang in der Regelversorgung und/oder im AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm erbracht hat bzw. weiter erbringt.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag vergütet werden, erbringen.

- (4) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt. Arzt-Patienten-Kontakte (APK) 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 im Vertretungsfall

Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über das AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie 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) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.

(3) 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. 1 des Vertrages. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b oder einem anderen Vertrag nach § 73c SGB V mit der AOK bzw. BKK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

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

(5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einer Arztpraxis mit angestellten Ärzten und eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gilt. Grundsätzlich können angestellte Ärzte nur dann im Rahmen des Vertrages tätig werden, wenn auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 96 SGB V) für

eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ärzte) vorliegt. Aus Gründen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Rahmen des Vertrages gem. § 73c SGB V kann der Beirat gem. § 23 des Vertrages Ausnahmen hiervon beschließen, die befristet werden können.

V. 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.

VI. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK bzw. BKK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73c Abs. 6 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK bzw. der BKK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK bzw. BKK 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 des FACHARZTES nach diesem Vertrag berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 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 bzw. der BKK 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 bzw. BKK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK bzw. BKK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK bzw. BKK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags

verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 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 AOK bzw. BKK 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 Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK bzw. BKK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK bzw. BKK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK bzw. BKK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 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.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK bzw. BKK 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, sofern die Datengrundlage vorhanden ist, für jeden FACHARZT die abrechnungsrelevanten Kriterien zur Erfüllung der Voraussetzungen für die Struktur-, Qualitäts- und sonstigen Zuschläge.

- (3) AOK und BKK ermitteln gemeinsam für die Gesamtheit der FACHÄRZTE auf Basis von Daten, die die AOK liefert, das Erfüllen der Voraussetzung für den Qualitätszuschlag
- Q6: Qualitätszuschlag Zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen gemäß Anhang 4 zu Anlage 12
- (4) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK und der BKK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK und die BKK haben eine Prüffrist von 25 Arbeitstagen („**Kassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK bzw. die BKK 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 Kassen-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK bzw. BKK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK- bzw. BKK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK und die BKK erhalten unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK- bzw. BKK-Abrechnung gilt als abgestimmte Kassen-Abrechnung („**abgestimmte Kassen-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen werden die AOK und die BKK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
- b) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK bzw. BKK 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- bzw. BKK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK bzw. BKK 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 Kassen-

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 und die BKK haben ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und der BKK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK bzw. die BKK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.
- (6) Die AOK und die BKK leisten an die Managementgesellschaft jeweils monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 20 EURO pro Abrechnungsfall (keine Auftragsleistungen) auf das Abrechnungskonto. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft haben die AOK und die BKK zur Ermittlung der Anzahl der Abrechnungsfälle 12 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten von der Managementgesellschaft nicht mindestens 12 Arbeitstage vor der jeweiligen Abschlagszahlung bei der AOK bzw. BKK 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- bzw. BKK-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- bzw. BKK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK- bzw. BKK-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- bzw. BKK-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 bzw. BKK 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-Ziffernkranz Orthopädie

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

Anhang 3 zu Anlage 12: Zuschläge Rationale Pharmakotherapie

Anhang 4 zu Anlage 12: Qualitätszuschlag zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen

Anhang 5 zu Anlage 12: Ambulantes Operieren

Anhang 6 zu Anlage 12: Beratungsbogen Sozialer Dienst/Patientenbegleitung

Anhang 7 zu Anlage 12: Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung

Anhang 8 zu Anlage 12: Entlastungsassistent/-in der Facharztpraxis („EFA®“)

Anhang 9 zu Anlage 12: ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Anhang 10 zu Anlage 12: Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN
ARZTVERNETZUNG