

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 BKK VAG 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 BKK.MeinFacharzt Modul Gastroenterologie 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 von BKK.MeinFacharzt Modul Gastroenterologie erfassten Leistungen abgegolten. **Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden.**
- (2) **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 in BKK.MeinFacharzt Modul Gastroenterologie 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“).
- (3) Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag Farbdoppler vergütet werden, erbringen.
- (4) 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 BKK.MeinFacharzt Modul Gastroenterologie 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 SGB V oder einem anderen Vertrag nach § 140a SGB V mit der BETRIEBSKRANKENKASSE 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.

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

Kindergastroenterologen bleibt dabei analog zur Regelung in § 73b SGB V unberührt.

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 BETRIEBSKRANKENKASSE im Falle einer Doppelabbrechnung des FACHARZTES gegenüber der KV den abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er keine Zahlung von der KV erhalten 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. Dauerdiagnosen 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: Farbdoppler

- (3) Die Managementgesellschaft übersendet der BETRIEBSKRANKENKASSE oder dem von ihr beauftragten Dienstleister nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die BETRIEBSKRANKENKASSE oder der von ihr beauftragte Dienstleister hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**BETRIEBSKRANKENKASSEN-Prüffrist**“), innerhalb derer die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen ist. Ist die BETRIEBSKRANKENKASSE oder der von ihr beauftragte Dienstleister der Auffassung, dass die von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, ist 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.

- (4) Die BETRIEBSKRANKENKASSE hat die Zahlung auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) 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 Gastroenterologie

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 Vorsorgekoloskopie

Anhang 5 zu Anlage 12: Qualitätszuschlag EFA-Gastro