

Nachgelagertes Abrechnungskorrekturverfahren

§ 1

Allgemeines

- (1) Leistungen, die gemäß Anlage 3 des HzV-Vertrages vergütet werden, dürfen vom HAUSARZT nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung („KV“) abgerechnet werden („Doppelabrechnung“). Eine Doppelabrechnung liegt auch vor, wenn die HzV-Leistungen nicht vom Betreuarzt, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG (Stellvertreterarzt) erbracht und zusätzlich gegenüber einer KV abgerechnet werden.
- (2) Die Krankenkassen und der Hausärzteverband vereinbaren für den Fall, dass ein HAUSARZT Doppelabrechnungen im Rahmen des HzV-Vertrages vornimmt und der Krankenkasse dadurch ein Schaden entsteht, ein technisches Fachkonzept zur Durchführung von nachgelagerten Abrechnungskorrekturen gegenüber dem HAUSARZT („Fachkonzept Korrekturverfahren“). Fehlabbrechnungen durch Vertreterärzte stehen Doppelabrechnungen gleich.
- (3) Im Rahmen dieses Korrekturverfahrens werden unzulässige Doppelabrechnungen gegenüber dem einzelnen HAUSARZT nachgelagert korrigiert („Abrechnungskorrekturen“) und ein finanzieller Ausgleich für die Krankenkassen geschaffen.
- (4) Die Grundlage für nachgelagerte Abrechnungskorrekturen gegenüber dem einzelnen HAUSARZT bilden nur die durch den einzelnen HAUSARZT fehlerhaft im Sinne einer Doppelabrechnung gegenüber der KV abgerechneten EBM-Leistungen, nachfolgend als „Korrekturanforderungen“ bezeichnet.
- (5) Von Betreu- oder Stellvertreterärzten verursachte Fehlabbrechnungen sind von der nachgelagerten Abrechnungskorrektur ausgeschlossen. Fehlabbrechnungen liegen vor, wenn der HAUSARZT seine Leistung für die in die HzV eingeschriebenen Versicherten ausschließlich über die KV abgerechnet hat. In diesem Fall werden die an den HAUSARZT geleisteten Abschlagszahlungen bereits im Regelabrechnungsprozess an die Krankenkassen zurück gezahlt.
- (6) Der von einer Fehlabbrechnungskorrektur betroffene HzV-Vertreterarzt ist abweichend von § 10 Abs. 2 des HzV-Vertrages berechtigt, die erbrachten Leistungen im Rahmen

der HzV bis zum Ende des dritten Abrechnungsquartals nachzureichen, das auf die Übermittlung der Korrekturanforderungsnachweise an den HAUSARZT folgt.

- (7) Leistungen, die im Rahmen des KV-Notdienstes erbracht wurden, sind von einer Korrektur im Rahmen des Fachkonzeptes Korrekturverfahren ebenfalls ausgeschlossen.
- (8) Der Hausärzteverband ist berechtigt, sich zur Durchführung des nachgelagerten Abrechnungskorrekturverfahrens und des Fachkonzeptes Korrekturverfahren eines Erfüllungsgehilfen zu bedienen.

§ 2

Durchführung des Korrekturverfahrens

- (1) Zur Durchführung des nachgelagerten Abrechnungskorrekturverfahrens stellen die Krankenkassen oder von ihnen beauftragte Stellen dem Hausärzteverband alle einzelnen, aus ihrer Sicht fehlerhaft durch die HAUSÄRZTE über die KV doppelt abgerechneten Abrechnungspositionen des in diesem Zeitraum gültigen HzV-Vertrages zur Verfügung.
- (2) Für den Hausärzteverband nimmt das von ihm beauftragte Rechenzentrum die Korrekturanforderungen der Krankenkassen entgegen und prüft diese nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 des HzV-Vertrages eigenständig in Absprache mit dem Hausärzteverband.
- (3) Die Korrekturanforderungen werden zwischen den Krankenkassen und dem Hausärzteverband bzw. der von ihnen beauftragten Stellen fachlich abgestimmt und technisch gemäß dem vereinbarten Fachkonzept Korrekturverfahren verarbeitet.

§ 3

Korrekturanforderungsnachweis

- (1) Das vom Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum erstellt auf Basis der durch die Krankenkassen oder der von ihnen beauftragten Stellen gelieferten und formal geprüften Korrekturanforderungsdaten arztbezogene Nachweise zu den Doppelabrechnungen („Korrekturanforderungsnachweise“) und übersendet diesen Korrekturanforderungsnachweis an den HAUSARZT.

(2) Der Korrekturanforderungsnachweis enthält folgende Angaben:

- a) Krankenkasse/n und Leistungsquartal/e,
- b) Höhe der gesamten Schadensersatzforderung,
- c) Höhe der Schadensersatzforderung je Kasse,
- d) namentliche Benennung des jeweiligen HzV-Versicherten und des Geburtsdatums,
- e) Angabe der Krankenversichertennummer,
- f) gegenüber der KV Bayerns abgerechnete EBM-Ziffer, die Anzahl der Leistungen je EBM-Ziffer und der Betrag je EBM-Ziffer.
- g) Leistungsdatum,
- h) Zahlungs- und Beanstandungsfrist von vier Wochen nach Zugang;

(3) Wird der Korrekturanforderungsnachweis nicht binnen vier Wochen nach Zugang beanstandet, gilt er in vollem Umfang als anerkannt und zur Zahlung fällig.

§ 4

Beanstandungsverfahren nach Durchführung des Korrekturverfahrens

- (1) Der Hausärzteverband übernimmt die Durchführung des Beanstandungsverfahrens als eigene vertragliche Obliegenheit des einzelnen HAUSARZTES und beauftragt mit der konkreten Umsetzung des Fachkonzeptes Korrekturverfahren das von ihm zu Abrechnungszwecken gemäß **Anlage 3** eingesetzte Rechenzentrum.
- (2) Beanstandungen zu den Korrekturanforderungsnachweisen sind von den betroffenen HAUSÄRZTEN ausschließlich an das vom Hausärzteverband beauftragte im Korrekturanforderungsnachweis ausgewiesene Rechenzentrum zu richten.
- (3) Der HAUSARZT hat die Möglichkeit den gesamten Korrekturanforderungsnachweis oder einzelne aufgelistete Forderungen aus dem Korrekturanforderungsnachweis schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Zugang unter vollständiger Angabe aller relevanten Informationen zu beanstanden. Zur Wahrung der Frist ist der Zeitpunkt des Eingangs der Beanstandung beim Rechenzentrum maßgeblich.

§ 5

Außergerichtliches Mahnverfahren und Durchführung von Klageverfahren nach Durchführung des Korrekturverfahrens

- (1) Der Hausärzteverband beauftragt das Rechenzentrum im Rahmen des nachgelagerten Abrechnungskorrekturverfahrens für die Krankenkassen ebenfalls mit der Durchführung des außergerichtlichen Mahnverfahrens gegenüber dem HAUSARZT.
- (2) Nach Abschluss des außergerichtlichen Mahnverfahrens werden den Krankenkassen die noch offenen Forderungen zur weiteren Verfolgung und ggf. eigenen gerichtlichen Geltendmachung überlassen.
- (3) Im Übrigen geltend die Regelungen zur Vollstreckung von Geldforderungen gemäß §§ 704 ff. ZPO.

§ 6

Rückzahlung der Forderungen an die Krankenkassen oder die von ihnen beauftragten Stellen

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die Zahlungen der HAUSÄRZTE für die Krankenkassen entgegenzunehmen, getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwahren und in Abstimmung mit den Krankenkassen an diese auszukehren. Der Hausärzteverband bedient sich hierzu der HÄVG als Zahlstelle.
- (2) Eine unbeanstandete Geldforderung, die gemäß § 5 Abs. 2 der Krankenkasse als offene Forderung ausgewiesen wurde, kann von der Krankenkasse nach den Grundsätzen der Aufrechnung wechselseitiger Ansprüche, verrechnet werden (§ 387 BGB). Die Aufrechnung setzt voraus, dass die Krankenkasse die Zahlstelle zur Verrechnung der Geldforderung mit dem Auszahlungsanspruch des HAUSARZTES aus seinem HzV-Vergütungsanspruch nach diesem Vertrag schriftlich ermächtigt und auffordert. Die Verrechnung kann nur erfolgen, wenn nicht bereits eine diese Forderung übersteigende Geldforderung einer anderen Krankenkasse nach dem vorstehenden Satz 2 mit dem Auszahlungsanspruch des HAUSARZTES verrechnet wird.