

## 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 im Sinne von Anlage 3 Ziffer 5 durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG (Stellvertreterarzt) erbracht und zusätzlich gegenüber einer KV abgerechnet werden. Hiervon zu unterscheiden sind Fehlrechnungen. Diese liegen vor, wenn der HAUSARZT seine Leistung für die in die HZV eingeschriebenen Versicherten ausschließlich über die KV abgerechnet hat.
- (2) Im Rahmen dieses Korrekturverfahrens werden unzulässige Doppelabrechnungen gegenüber dem einzelnen HAUSARZT nachträglich korrigiert („Abrechnungskorrekturen“) und der finanzielle Ausgleich des Schadens der AOK Hessen durch die Doppelabrechnung geschaffen.
- (3) Die Grundlage für nachgelagerte Abrechnungskorrekturen gegenüber dem einzelnen HAUSARZT bilden die durch den einzelnen HAUSARZT fehlerhaft im Sinne einer Doppelabrechnung gegenüber der KV abgerechneten EBM-Leistungen, nachfolgend als „Korrekturanforderungen“ bezeichnet. Fehlrechnungen sind von der nachgelagerten Abrechnungskorrektur nicht betroffen. Im Fall von Fehlrechnungen werden die an den HAUSARZT geleisteten Abschlagszahlungen in Sinne von § 10 Abs. 5 HZV-Vertrag bereits im Abrechnungsverfahren nach § 12 HZV-Vertrag von dem HAUSARZT zurückgefordert.
- (4) Leistungen, die im Rahmen des KV-Notdienstes erbracht wurden, sind von einer Korrektur im Rahmen des Fachkonzeptes Korrekturverfahren ebenfalls ausgeschlossen.
- (5) Der Hausärzteverband und die AOK Hessen sind berechtigt, sich zur Durchführung des nachgelagerten Abrechnungskorrekturverfahrens und des Fachkonzeptes Korrekturverfahren eines Erfüllungsgehilfen zu bedienen.
- (6) Die AOK Hessen und der Hausärzteverband vereinbaren für den Fall, dass ein HAUSARZT Doppelabrechnungen im Rahmen des HZV-Vertrages vornimmt und der AOK Hessen dadurch ein Schaden entsteht, ein technisches Fachkonzept zur Durchführung

von nachgelagerten Abrechnungskorrekturen gegenüber dem HAUSARZT („Fachkonzept Korrekturverfahren“).

## **§ 2**

### **Durchführung des Korrekturverfahrens**

- (1) Zur Durchführung des nachgelagerten Abrechnungskorrekturverfahrens stellt die AOK Hessen oder die von ihr beauftragte Stelle dem Hausärzterverband alle einzelnen, aus ihrer Sicht fehlerhaft durch den HAUSARZT über die KV doppelt abgerechneten Abrechnungspositionen des in dem jeweiligen Zeitraum gültigen HZV-Vertrages zur Verfügung.
- (2) Für den Hausärzterverband nimmt das von ihm beauftragte Rechenzentrum die Korrekturanforderungen der AOK Hessen entgegen und prüft diese nach Maßgabe des § 12 Abs. 3 des HZV-Vertrages eigenständig in Absprache mit dem Hausärzterverband.
- (3) Die Korrekturanforderungen werden zwischen der AOK Hessen und dem Hausärzterverband bzw. der von ihr beauftragten Stelle fachlich abgestimmt und technisch gemäß des vereinbarten Fachkonzepts Korrekturverfahren verarbeitet.

## **§ 3**

### **Korrekturanforderungsnachweis**

- (1) Das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum erstellt auf Basis der durch die AOK Hessen oder der von ihr beauftragten Stelle 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) AOK Hessen und Leistungsquartal/e,
  - b) Höhe der gesamten Schadensersatzforderung, die gegen den Arzt besteht,
  - c) Höhe der Schadensersatzforderung, aufgeschlüsselt nach Versicherten,
  - d) namentliche Benennung des jeweiligen HZV-Versicherten und des Geburtsdatums,

- e) Angabe der Krankenversichertennummer,
- f) gegenüber der KV 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.

#### **§ 4**

##### **Beanstandungsverfahren nach Durchführung des Korrekturverfahrens**

- (1) Der Hausärzteverband übernimmt die Durchführung des Beanstandungsverfahrens bei den HAUSÄRZTEN.
- (2) Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, den Korrekturanforderungsnachweis innerhalb von vier Wochen ab Zugang beim HAUSARZT schriftlich an das vom Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum zu beanstanden.
- (3) Für die Bearbeitung der Beanstandungen durch den Hausärzteverband benennt die AOK Hessen einen Ansprechpartner. Der Hausärzteverband kann hierzu auch eine Fallkonferenz einberufen, um offene Fragen gesammelt mit Vertretern der AOK Hessen zu erörtern.
- (4) Soweit die Beanstandung des HAUSARZTES nach Rücksprache mit der AOK Hessen berechtigt ist, wird diesem durch den Hausärzteverband abgeholfen. Andernfalls wird die Ablehnung der Beanstandung schriftlich begründet und der HAUSARZT zugleich erneut zur Zahlung aufgefordert.

#### **§ 5**

##### **Außergerichtliches Mahnverfahren und Abschluss von Ratenzahlungsvereinbarungen**

- (1) Der Hausärzteverband führt das außergerichtliche Mahnverfahren gegenüber dem HAUSARZT für die AOK Hessen durch.
- (2) Das Mahnverfahren beinhaltet zwei Mahnstufen mit jeweils zweiwöchiger Zahlungsfrist.
- (3) Zahlungsaufforderungen im Rahmen des Beanstandungsverfahrens stehen einer Mahnung gleich.
- (4) Der Hausärzteverband kann mit dem HAUSARZT Ratenzahlungen über einen Zeitraum bis zu 6 Monate vereinbaren.

## § 6

### **Verwaltung Zahlungseingänge im Rahmen des Forderungsmanagements**

- (1) Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die Zahlungen der HAUSÄRZTE für die AOK Hessen entgegenzunehmen und getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten.
- (2) Nach Abschluss des Forderungsmanagements durch den Hausärzteverband werden die eindeutig zuordenbaren Rückzahlungen an die AOK Hessen weitergeleitet. Die sich aus der Summe der Rückzahlungen für die AOK Hessen ergebende Gutschrift wird zur Abkürzung der Zahlungswege bei einer folgenden Quartalsabrechnung auf dem Rechnungsbrief an die AOK Hessen mindernd berücksichtigt; dieses rein buchhalterische Vorgehen lässt die HZV-Abrechnung als abgestimmten, technischen Prozess unberührt. Parallel erfolgt eine Rückmeldung der HÄVG RZ GmbH über die eingegangenen Rückzahlungen an die AOK Hessen im Rahmen der 3. Retourdatei, die von der AOK Hessen als sog. „Kompensationsdatei“ eingespielt werden kann. Auf Anforderung erhält die AOK Hessen auch einen schriftlichen Beleg über die eingegangenen und weitergeleiteten Rückzahlungen der Ärzte.
- (3) Zahlungen, die erst nach der Übergabe des Forderungsmanagements an die AOK Hessen und insbesondere nach Versand der 3. Retourdatei beim Hausärzteverband eingehen, werden an den HAUSARZT unter Hinweis auf die Zuständigkeit der AOK Hessen zurücküberwiesen.

## § 7

### **Übergabe Forderungsmanagement an die AOK Hessen**

- (1) Das Ergebnis des Forderungsmanagements durch den Hausärzteverband wird an die AOK Hessen im Rahmen einer 3. Retourdatei mit datensatzgenauer Kennzeichnung des jeweiligen Bearbeitungsstatus zurückgemeldet, insbesondere welche Forderungen bereits bezahlt und welche noch offen sind.
- (2) Über die noch offenen Forderungen erhält die AOK Hessen zudem eine Liste im Excel-Format mit den für das weitere Forderungsmanagement erforderlichen Informationen, insbesondere Höhe der Forderung, Name und Anschrift des jeweiligen HAUSARZTES sowie Daten zur forderungsbezogenen Korrespondenz (Mahnverfahren und Beanstandungsverfahren).
- (3) Die Übermittlung der forderungsbezogenen Korrespondenz erfolgt spätestens 12 Wochen nach Abschluss des Forderungsmanagements durch den Hausärzteverband.

## § 8

### **Verrechnungsverfahren als Regelverfahren für das weitere Forderungsmanagement**

- (1) Die AOK Hessen hat das Recht, gegenüber der HÄVG mit Wirkung für den jeweiligen teilnehmenden HAUSARZT die Aufrechnung ihrer nach Durchführung des Fachkonzepts „Nachgelagertes Abrechnungskorrekturverfahren“ noch verbleibenden offenen Forderungen mit Forderungen des HAUSARZTES auf Basis von HZV-Vergütungsansprüchen gegen die AOK Hessen zu erklären. Eine Aufrechnung kann erst nach Abschluss des Forderungsmanagements durch den Hausärzteverband und nur für HAUSÄRZTE erfolgen, die ihrerseits offene HZV-Vergütungsansprüche aus dem HZV-Vertrag der jeweiligen KV Region gegenüber der AOK Hessen haben. Außer in hier geregelten Fällen erfolgt seitens der AOK Hessen keine Verrechnung mit Zahlungsansprüchen der HAUSÄRZTE aus dem HZV-Vertrag.
- (2) Die Aufrechnungserklärung erfolgt durch die AOK Hessen gegenüber der HÄVG in Form einer Datei (Aufrechnungsdatei), über deren Aufbau und Inhalt sich die Vertragspartner verständigen.
- (3) Die HÄVG übermittelt die Aufrechnungserklärung durch Aufrechnungsanzeige an den HAUSARZT und weist auf die Verrechnung des Forderungsbetrages mit den folgenden Auszahlungsansprüchen hin. Die Forderungsverrechnung des HAUSARZTES wird im Abrechnungsnachweis durch Erfassung als Verrechnung gemäß Aufrechnungsanzeige ausgewiesen.
- (4) Die Aufrechnung erfolgt zahlungswirksam durch Kürzung der nach erfolgter Aufrechnungserklärung gem. Nr. 2 nächstfälligen Zahlungen an den HAUSARZT durch die HÄVG und Überweisung des Kürzungsbetrages auf das von der AOK Hessen angegebene Konto.
- (5) Die Rückzahlung an die AOK Hessen der jeweils durch Aufrechnung erfüllten Forderungsbeträge erfolgt quartalsweise ab der nächsten Quartalsabrechnung mittels gesonderter Überweisung durch die HÄVG.
- (6) Die HÄVG übermittelt mit jeder Überweisung der Aufrechnungsbeträge die ursprünglich von der AOK Hessen übermittelte Aufrechnungsdatei, jeweils fortlaufend ergänzt um die arztbezogenen Aufrechnungsbeträge.

## § 9

## **Gerichtliche Rechtsverfolgung und Vollstreckung**

- (1) Die AOK Hessen kann für ausstehende Forderungen nach Abschluss des Forderungsmanagements durch den Hausärzteverband ein sozialgerichtliches Klageverfahren anstrengen. Titulierte Forderungen können nach den Vorschriften der §§ 198ff. SGG von der AOK Hessen in die gegenüber der HÄVG als Zahlstelle bestehenden Auszahlungsansprüche eines HAUSARZTES vollstreckt werden. Die Pfändung kann nach § 17 Abs. 1 HessVwVG durch die AOK Hessen selbst als Vollstreckungsbehörde erfolgen.
- (2) Im Anwendung des § 29a HessVwVG wird vereinbart, dass die Überweisung der titulierten und gepfändeten Forderung der AOK Hessen an diese 10 Arbeitstage nach Übermittlung der Pfändung nach § 30 HessVwVG erfolgt. Die AOK Hessen erhält einen schriftlichen Beleg zur Zahlung. Insofern eine pfändbare Forderung im Sinne eines aktuellen HZV-Vergütungsanspruchs des Vollstreckungsschuldners zum Zeitpunkt der Zustellung der Pfändung nicht besteht oder nicht zur vollständigen Befriedigung der Pfändung ausreicht, wird die Pfändung hinsichtlich zukünftig entstehender Forderungen rangwährend vorgemerkt.

## **§ 10**

### **Stellungnahme- und Kündigungsverfahren**

- (1) Auf die Verpflichtung des Hausärzteverbandes gemäß § 5 Abs. 3b HZV-Vertrag wird verwiesen, wobei sich die Vertragspartner einig sind, dass nach dieser Vorschrift eine Kündigung nur im Einzelfall (Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und Verschuldensprinzip) in Betracht kommt und stets ein vom Mahnverfahren gesondertes Stellungnahmeverfahren einschließlich der Möglichkeit der Einzelfallklärung und der Möglichkeit des Widerspruchs zum HZV-Beirat durchzuführen ist. Soweit die Beratung über Widersprüche im Rahmen des Stellungnahme- und Kündigungsverfahrens im Gremium des HZV-Beirats nicht möglich ist, erfolgt der Widerspruch zu Händen des Hausärzteverbandes; für die weitere Abklärung benennt die AOK Hessen insoweit einen Ansprechpartner.
- (2) Die Kriterien, nach denen Ärzte in das Stellungnahme- und Kündigungsverfahren einbezogen werden, werden im nächsten HZV-Beirat nach Abschluss des außergerichtlichen Beanstandungs- und Mahnverfahrens zwischen den Vertragspartnern abgestimmt; nach den Erfahrungen bereits abgeschlossener Korrekturverfahren erscheinen hierfür folgende Leitlinien sachgerecht:

- a) In das Stellungnahme- und Kündigungsverfahren werden Ärzte einbezogen, die gar keine Beanstandung oder nur eine Beanstandung ohne substantiierte Begründung eingelegt haben. Hinsichtlich der (übrigen) Forderungen, in denen eine substantiierte Beanstandung eingelegt worden ist, stimmen die Vertragspartner darin überein, dass die betreffenden Ärzte nicht zum Stellungnahme- und Kündigungsverfahren herangezogen werden. Hinsichtlich dieser in Anbetracht der nicht erfolgten Zahlung noch als streitig anzusehenden Forderungen wird der Hausärzteverband auf Verlangen der Krankenkasse ein Konzept zur prozessökonomischen Forderungsdurchsetzung zur Verfügung stellen.
- b) Aus dem Verhältnismäßigkeitsprinzip folgt insbesondere, dass von der für das Stellungnahmeverfahren in Betracht kommenden Gruppe von Ärzten, die also keine bzw. nur eine unsubstantiierte Beanstandung eingelegt haben, die nach dem Forderungsbetrag obersten 30 Ärzte zur Stellungnahme herangezogen werden, wobei die Vertragspartner darin übereinstimmen, dass 30 eine Höchstzahl darstellt bzw. nur bis zu einer forderungsbezogenen Untergrenze von 200 € zur Stellungnahme aufgefordert wird.
- c) Aus dem Verschuldensprinzip folgt insbesondere, dass die Vertragsteilnahme des Arztes dann nicht gekündigt wird, wenn der Arzt im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens die innerhalb der eigenen Praxis bzw. BAG angefallenen Doppelabrechnungen zurückführt und hinsichtlich der außerhalb seiner Praxis bzw. BAG angefallenen Doppelabrechnungen schlüssig darlegt, den für die Doppelabrechnung unmittelbar verantwortlichen Dritten schriftlich zur Rückzahlung aufgefordert zu haben.