

Vermeidung Fehlinanspruchnahmen

Die Vertragsparteien vereinbaren folgendes Konzept zur Reduktion der Nichtvertragskonformen Inanspruchnahme der Versicherten (NVI) und zur Rückführung von Doppel- und Fehlabrechnungen:

Die HzV-Partner sehen es als ihre Aufgabe an, Leistungsverlagerungen in die Regelversorgung bzw. Nichtvertragskonforme Inanspruchnahmen der Versicherten zu vermeiden und zu minimieren. Als ein geeignetes Instrument hierzu wird die die Online-Teilnehmerprüfung erachtet und vereinbart.

Begriffsbestimmungen:

1. Eine **Doppelabrechnung** liegt vor, wenn Leistungen, die gemäß Anlage 3 des HzV-Vertrages in Verbindung mit dem Anhang 1 zur Anlage 3 (HzV-Ziffernkranz) durch die Krankenkassen über die vom Hausärzteverband/MEDI e.V. beauftragte HÄVG als HzV-Vergütung vergütet und vom HAUSARZT zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgerechnet werden. 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. Eine Doppelabrechnung kann zu einem Schaden der Krankenkasse führen. Der HAUSARZT hat einen solchen Schaden nach Maßgabe der §§ 249 ff. BGB zu ersetzen. Grundlage des geltend gemachten Schadensersatzanspruches gegenüber dem einzelnen HAUSARZT sind die durch den einzelnen HAUSARZT gegenüber der KV abgerechneten Leistungen, nachfolgend als „**Korrekturanforderungen**“ bezeichnet. Unter die Doppelabrechnungen fallen auch Laborleistungen exklusive der EBM-GOP 32001, die bereits Bestandteil des HzV-Ziffernkranz sind und die von einem Laborarzt nach falscher Anforderung durch den HAUSARZT oder eines Praxispartners aus der gleichen BAG (Anforderung auf 10A-Schein) für die eingeschriebenen Versicherten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet wurden.
2. Eine **Fehlabrechnung** liegt vor, wenn der HAUSARZT eine hausärztliche Leistung ausschließlich gegenüber der KV abgerechnet hat, obwohl diese Leistung gemäß der Anlage 3 in Verbindung mit Anhang 1 zur Anlage 3 (HzV-Ziffernkranz) im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) erbracht werden muss. Hat der HAUSARZT für die falsch abgerechnete Leistung (Fehlabrechnung) eine Vergütung der KV erhalten und wurde der Krankenkasse wiederum diese Vergütung des HAUSARZTES von der KV in

Rechnung gestellt und durch die Krankenkasse an die KV ausgezahlt, sind diese entstandenen Kosten durch den HAUSARZT auf Basis der Korrekturanforderungen zu ersetzen und die entsprechenden Abrechnungspositionen in der HzV nachzureichen.

3. Eine **Nichtvertragskonforme Inanspruchnahme durch den Versicherten (NVI)** liegt grundsätzlich vor, wenn der Versicherte einen anderen Arzt als den von ihm gewählten Betreuarzt aufsucht, ohne dass ein Vertretungsfall vorliegt oder er dorthin überwiesen worden ist. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall / ärztlichen Notfalldiensten, Augenärzten, Gynäkologen oder Kinder- und Jugendärzten.
4. Eine Regelwerksprüfung wird seitens der KV durchgeführt indem diese die von einem HAUSARZT abgerechneten Leistungen für einen an der HzV bzw. Hausarztprogramm teilnehmenden Versicherten gegen den Bereinigungsziffernkranz prüft. Sind die zur Abrechnung eingereichten Leistungen bereits Bestandteil dieses Bereinigungsziffernkranzes, werden die vom HAUSARZT gegenüber der KV geltend gemachten Leistungen im Honorarbescheid abgelehnt. Grundlage der Ablehnung ist der Wegfall des Sicherstellungsauftrags im Umfang des HzV-Vertrages für diese Versicherten.

Für den Umgang mit Doppel- und Fehlabrechnungen durch HAUSÄRZTE wird folgende Vorgehensweise vereinbart:

I. Korrekturanforderungen gegenüber Leistungserbringern

Die unter 1. und 2. bezeichneten Leistungen werden mit den entsprechenden kassenseitig zu liefernden Korrekturanforderungen vom Betreuarzt durch ein gesondert vereinbartes Rückforderungsmanagement zurückgefordert.

Der Betreuarzt kann Leistungen, die Gegenstand von Fehlabrechnungen sind, ohne Leistungsausweitung im Rahmen der HzV-Abrechnung nachreichen. Eine Überschreitung der Verjährungsfrist gem. § 10 Abs. 2 des HzV-Vertrages kann dann nicht zu einer Ablehnung der Leistungsvergütung führen.

Vom Vertretungsarzt verursachte Doppel- und Fehlabrechnungen im Sinne der Ziffern 1. und 2, die durch den HzV-Ziffernkranz abgedeckt sind, werden mit den entsprechenden kassenseitig zu liefernden Korrekturanforderungen von diesem unmittelbar zurückgefordert. Der Vertreterarzt kann Leistungen, die Gegenstand der Fehlabrechnung sind, ohne Leistungsausweitung im Rahmen der HzV-Abrechnung nachreichen. Eine Überschreitung der Verjährungsfrist gem. § 10 Abs. 2 des HzV-Vertrages kann dann nicht zu einer Ablehnung der Leistungsvergütung führen.

Vom abrechnenden Arzt im Rahmen eines Zielauftrags bzw. Auftragsüberweisung: Doppel- und Fehlabrechnungen von Leistungen auf Überweisung des Betreuarztes, die durch den HzV-Ziffernkranz abgedeckt sind. Der abrechnende Arzt im Rahmen eines Zielauftrags kann Leistungen, die Gegenstand der Fehlabrechnung sind, ohne Leistungsausweitung im Rahmen der HzV-Abrechnung nachreichen. Eine Überschreitung der Verjährungsfrist gem. § 10 Abs. 2 des HzV-Vertrages kann dann nicht zu einer Ablehnung der Leistungsvergütung führen.

Die kassenseitige Lieferung der Korrekturanforderungen wird 6 – 12 Monate nach Quartalsende erfolgen, so dass dem Arzt die Möglichkeit gegeben wird, die entsprechenden Leistungen in der HzV nachzureichen, soweit sie nicht bereits durch die HzV-Abrechnung abgedeckt sind. Eine verspätete kassenseitige Lieferung von Korrekturanforderungen für Leistungen, die unter 2. fallen, schließt deren Geltendmachung im Rahmen des Rückforderungsmanagements aus.

Das Nähere zu den Prozessen und zur Vergütung der Durchführung des Rückforderungsmanagements durch die HÄVG regelt ein Fachkonzept.

II. Umgang mit NVI Versicherter

Stellen die Krankenkassen Leistungsabrechnungen durch nichtvertragskonforme Inanspruchnahme der Versicherten gemäß 3. fest, ergreifen sie gegenüber den Versicherten entsprechende Maßnahmen. Diese können von nochmaliger Information über die Vertragsinhalte bis zur Ausschreibung des Versicherten aus dem HzV-Vertrag reichen. Sollten die Kassen keine entsprechenden Maßnahmen ergreifen, um die versicherteninduzierten NVI zu reduzieren, werden diese nicht für die in **Anlage 9** geregelte NVI-Quote herangezogen.