

## **Anhang 9 zu Anlage 3: Rückforderungsmanagement und Verrechnung bei sog. "Fehl- u. Doppelabrechnungen"**

Die Techniker Krankenkasse und der Hausärzteverband vereinbaren für den Fall, dass ein HAUSARZT Falschabrechnungen im Rahmen des HzV-Vertrages vornimmt, folgendes Fachkonzept als Fehlermanagement zur Korrektur.

Gemäß der vereinbarten Abrechnungsmodalitäten des HzV-Vertrages dürfen Leistungen, die gemäß Anlage 3 des HzV-Vertrages vergütet werden, vom HAUSARZT nicht gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden („Fehl- und Doppelabrechnung“ vgl. § 11 Abs. 3 und 4 des HzV-Vertrages). Eine Doppelabrechnung führt zu einem Schaden der Krankenkasse kann jederzeit im Rahmen des nachfolgend geregelten Fehlermanagements korrigiert werden sodass in Folge dessen ein finanzieller Ausgleich geschaffen wird. Grundlage für die Abrechnungskorrekturen gegenüber dem einzelnen HAUSARZT bilden die durch den einzelnen HAUSARZT gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Leistungen, nachfolgend als „**Korrekturanforderungen**“ bezeichnet.

Der Hausärzteverband führt das Rückforderungsmanagement für die Techniker Krankenkasse ohne gesonderte Rechnungsstellung durch. Weiterhin verständigen sich die Vertragspartner auf die Anwendung einer Geringfügigkeitsgrenze i.H.v.25,00 EUR je Arzt. Eine quartalsübergreifende Korrekturanforderung in einer Datenlieferung ist zulässig.

### **A. Hauptprozessschritte zur Umsetzung des Rückforderungsmanagements**

Die Krankenkasse oder eine von ihr beauftragte Stelle stellt dem Hausärzteverband alle einzelnen aus ihrer Sicht fehlerhaft über die KV doppelt oder fehl abgerechneten Abrechnungspositionen der HAUSÄRZTE bis zu einem durch die Vertragspartner zu vereinbarenden Zeitpunkt für die Durchführung des Fehlermanagements zur Verfügung. Der Hausärzteverband, bzw. das von ihm beauftragte Rechenzentrum, nimmt die Korrekturanforderungen der Krankenkasse entgegen und prüft diese eigenständig im Sinne von § 11 Abs. 3 und 4 des HzV-Vertrages, um diese im Folgenden gegenüber den Hausärzten zur Korrektur der Abrechnung geltend zu machen. Der Umsetzungszeitpunkt des Fehlermanagements für die folgenden Quartale wird in gegenseitigem Benehmen für maximal zweimal im Kalenderjahr bestimmt.

Die Durchführung des Fehlermanagements im Rahmen der Abrechnung erfolgt in den nachfolgend beschriebenen Prozessschritten:

- I. Annahme der Korrekturanforderungsdaten (Doppel- und Fehlabbrechnungen) von der Krankenkasse durch das vom Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum.
  1. Entgegennahme der Korrekturanforderungsdaten in der Form gem. Anhang 10, die von der Krankenkasse oder eine von ihr beauftragte Stelle an das Rechenzentrum des Hausärzteverbandes verschlüsselt, z. B. per CD, Server oder E-Mail übermittelt werden.
  2. Entschlüsselung der Korrekturanforderungsdaten.
  3. Import der Korrekturanforderungsdaten in den Datenbestand
  
- II. Prüfung der Korrekturanforderungsdaten auf formale Korrektheit und Unterscheidung in fehlerfreie und fehlerhafte Korrekturanforderungsdaten:
  1. Prüfung der Datei auf das abgestimmte Datenformat nach Erhalt innerhalb von 38 Arbeitstagen und Rückmeldung seitens der HÄVG RZ über den Verarbeitungsstatus der Datenlieferung (Abgleich der gelieferten EBM-Abrechnungsziffern mit dem HzV-Ziffernkranz, Teilnahmeprüfung des Versicherten/Arztes).
  2. Unterscheidung in Doppel- und Fehlabbrechnungen.
  3. Das Rechenzentrum des Hausärzteverbandes übernimmt keine Prüfung hinsichtlich der Begründetheit des geltend gemachten Schadensersatzanspruchs der Krankenkasse.
  
- III. Verschlüsselte Übermittlung der formal fehlerhaften Korrekturanforderungsdaten
  1. Verschlüsselte Übermittlung der formal fehlerhaften Korrekturanforderungsdaten mit einem Fehlerbericht im Rahmen der 1. Retourdatei (csv-Datei) vom Rechenzentrum des Hausärzteverbandes an die Krankenkasse oder eine von ihr beauftragte Stelle. Eine fehlerhafte Datenlieferung kann für die Verarbeitung der Korrekturanforderungen nicht verwendet werden. Ab Kenntnis über Fehlerhaftigkeit erfolgt durch den Hausärzteverband unverzüglich, spätestens jedoch 38 Arbeitstage nach Lieferung der vollumfänglichen Korrekturanforderungsdaten die Rückmeldung mit einem Fehlerbericht an die Krankenkasse oder eine von ihr beauftragte Stelle. Die Krankenkasse oder eine von ihr beauftragte Stelle liefert daraufhin innerhalb von 10 Arbeitstagen eine Korrekturdatei, welche ausschließlich die Korrektur bzw. Stornierung aller der durch die HÄVG als fehlerhaft markierten Datensätze beinhaltet. Datensätze, welche nicht innerhalb in der 1. Retourdatei an die Kasse übermittelt wurden werden im Rahmen der Korrekturdatei nicht erneut versendet.

2. Die Retourdateien enthalten die Parameter die in der Datei „haevg\_korrekturanforderungen\_datensatzbeschreibung\_EXTERN.xlsx“ abgestimmt wurden und fachlich wie folgt untergliedert sind:

- a) Grundsätzliche Angaben zur Korrekturanforderungsdatei (Kassensitz IK, Korrektur ID und Lieferanten ID, Format, Schema, Fehlercode)
- b) Angaben zum betroffenen Hausarzt (BSNR, LANR)
- c) Angaben zum Vertrag der Hausarztzentrierten Versorgung (Vertragskennzeichen, Leistungsquartal)
- d) Angaben zum Versicherten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicher-tennummer, eGK-Nummer)
- e) Angaben zu den für den Versicherten dokumentierten Leistungen (Datum der Leistungserbringung, Gebührennummern, die Anzahl der Gebührennummern, Gebührennummer-ID, Wert der Gebührennummer, Rechnungsnummer und Rechnungsdatum)
- f) Angabe zum Bearbeitungsstatus
- g) Die 1. Retourdatei enthält ausschließlich die fehlerhaften Datensätze. Korrekte Datensätze werden im Rahmen der 1. Retourdatei nicht an die Krankenkasse übermittelt. Die 2. Retourdatei ist eine Gesamtdatei, sie umfasst daher die gesamte nach Punkt A. Ziffer III Unterpunkt 1 von der HÄVG als fehlerfrei anerkannte Fallanzahl und einen fallbezogenen Status (vgl. hierzu Anhang 10 zu Anlage 3).

IV. Die Weiterverarbeitung der Korrekturanforderungsdaten und Erstellung sowie Versand der Korrekturanforderungsnachweise, durch das vom Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum an die betroffenen Hausärzte, erfolgt innerhalb von 5 Arbeitstagen nach der endgültigen formalen Prüfung:

1. Erstellung arztbezogener Nachweise zu Doppel- und Fehlabbrechnungen („Korrekturanforderungsnachweise“) auf Basis der durch die Krankenkasse oder der von ihr beauftragten Stelle gelieferten und von dem Hausärzteverband formal geprüften Korrekturanforderungsdaten.
2. Der Korrekturanforderungsnachweis enthält folgende Angaben:
  - a) Krankenkasse/n und Leistungsquartal/e
  - b) Höhe der gesamten Schadensersatzforderung
  - c) namentliche Benennung des jeweiligen HzV-Versicherten und des Geburtsdatums
  - d) Angabe der Krankenversicher-tennummer,

- e) gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnete EBM-Ziffer und ggf. die Anzahl
  - f) Wert der gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten EBM-Ziffer
  - g) Leistungsdatum
  - h) Zahlfrist von 4 Wochen; wird der Korrekturanforderungsnachweis nicht binnen 4 Wochen beanstandet, gilt er in vollem Umfang als anerkannt und zur Zahlung fällig.
3. Versand der Korrekturanforderungsnachweise per Post an die betroffenen Hausärzte und Beilegung eines vorausgefüllten Überweisungsträgers über den Gesamtbetrag der Schadensersatzforderungen gegenüber dem betroffenen Hausarzt.
- V. Entgegennahme von Beanstandungserklärungen zu den Korrekturanforderungsnachweisen von den betroffenen Hausärzten und Bearbeitung dieser Beanstandungen durch den Hausärzterverband bzw. durch seinen Erfüllungsgehilfen im Rahmen des HzV-Vertrages, die HÄVG.

Verschlüsselte Übermittlung der 2. Retourdatei (csv-Datei) von dem beauftragten Rechenzentrum des Hausärzterverbandes an die Krankenkasse mit dem Bearbeitungsstand der Rückführung der kassenseitigen Forderungen. Die von der Krankenkasse übersandte Korrekturanforderungsdatei wird von dem beauftragten Rechenzentrum des Hausärzterverbandes mit einem Feld zum Status der Korrekturanforderung ergänzt. Die Kennzeichnung über den Status der Forderung erfolgt im Feld „Status“ mit den Angaben gemäß Anhang 10.

Dieser Prozess läuft neben den regulären Abrechnungsprozessen des HzV Vertrages und in zeitlicher Abstimmung mit den Vertragspartnern.

## **B. Rückforderungsmanagement**

Der Hausärzterverband übernimmt im Rahmen der unter Punkt A beschriebenen Hauptprozessschritten das damit verbundene Rückforderungsmanagement bis zum Abschluss des außergerichtlichen Mahnwesens. Der Hausärzterverband bedient sich hierzu der HÄVG als Erfüllungsgehilfen.

## **I. Beanstandungsverfahren**

Der Hausärzteverband übernimmt die Durchführung des Beanstandungsverfahrens als eigene vertragliche Obliegenheit gegenüber dem einzelnen HAUSARZT.

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, den gesamten Korrekturanforderungsnachweis oder einzelne aufgelistete Forderungen aus dem Korrekturanforderungsnachweis innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Korrekturanforderungsnachweises beim HAUSARZT unter Angabe aller relevanten Informationen zu beanstanden. Zur Wahrung der Frist ist der Zeitpunkt des Eingangs der Beanstandung beim Erfüllungsgehilfen des Hausärzteverbandes maßgeblich. Der von einer Fehlabrechnungskorrektur betroffene HAUSARZT 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.

Geht die Beanstandung des HAUSARZTES innerhalb der vierwöchigen Beanstandungsfrist bei der HÄVG ein, wird die Beanstandung dort innerhalb von 4 Wochen erfasst und bearbeitet. Der Hausärzteverband ermöglicht der HÄVG für die Bearbeitung der Beanstandung der HAUSÄRZTE den Zugriff auf die erforderlichen Daten. Die Krankenkasse benennt einen Ansprechpartner und stellt sicher, dass dieser der HÄVG bei Rückfragen an die Krankenkasse im Rahmen der Bearbeitung der Beanstandung zur Verfügung steht.

Soweit die Beanstandung des HAUSARZTES nach Rücksprache mit der Kasse berechtigt ist, wird dieser abgeholfen und die Krankenkasse im Rahmen der 2. Retourdatei informiert. Nimmt die Kasse die Korrekturanforderung nicht zurück, wird dem HAUSARZT die Ablehnung der Beanstandung schriftlich begründet und das außergerichtliche Mahnverfahren gemäß Punkt B. II. eingeleitet.

## **II. Außergerichtliches Mahnverfahren und Durchführung von Klageverfahren**

Der Hausärzteverband übernimmt die Durchführung des außergerichtlichen Mahnverfahrens für die Krankenkasse.

Sollte der HAUSARZT nach Ablauf der vierwöchigen Beanstandungsfrist weder den Korrekturanforderungsnachweis beanstandet, noch den offenen Zahlungsbetrag beglichen haben, übernimmt der Hausärzteverband den außergerichtlichen Mahnprozess gegen den HAUSARZT. Der Mahnprozess beinhaltet zwei aufeinander folgende Mahnstufen mit jeweils zweiwöchiger Zahlungsfrist.

Nach erfolglosem Abschluss des außergerichtlichen Mahnverfahrens werden die ausstehenden Forderungen zur weiteren Verfolgung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung an das Rückforderungsmanagement der Krankenkasse in Verbindung mit der 2. Retourdatei übermittelt. Die Beanstandungsunterlagen werden zur weiteren Bearbeitung per Post an die Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle übersendet. Die Unterlagen beinhalten den gesamten Schriftverkehr mit dem HAUSARZT und die 2. Retourdatei über die offenen Forderungen mit jeweils einem Vermerk über den Bearbeitungsstand.

Die Übermittlung des Schriftverkehrs erfolgt spätestens 4 Wochen nach Abschluss des Mahnverfahrens durch die HÄVG.

Die Krankenkassen können für ausstehende Forderungen rechtskräftige Titel erwirken. Mit den titulierten Forderungen können nach den Vorschriften des 2. Abschnitts des 8. Buches der ZPO in der jeweils gültigen Fassung von der Krankenkasse die gegenüber der HÄVG als Zahlstelle bestehende Auszahlungsansprüche eines HAUSARZTES gepfändet werden. Die Techniker Krankenkasse verzichtet auf eine Erklärung gemäß § 840 ZPO.

In der 3. Retourdatei werden die Forderungen ausgewiesen, die durch Pfändung und Überweisung teilweise oder vollständig erfüllt wurden. Format und Aufbau der 3. Retourdatei wird durch die HÄVG vorgegeben.

### **C. Rückzahlung der Forderungen an die Krankenkasse**

Der Hausärzteverband ist berechtigt und verpflichtet, die Zahlungen der HAUSÄRZTE für die Krankenkasse entgegenzunehmen und getrennt von ihrem sonstigen Vermögen zu verwalten. Der Hausärzteverband bedient sich hierzu der HÄVG als Erfüllungsgehilfen. Die HÄVG übernimmt für den Hausärzteverband das buchhalterische Rückforderungsmanagement und erhält hierzu von diesem alle erforderlichen Daten.

Die Überweisung eingegangener Zahlungen der HAUSÄRZTE von der HÄVG an die Krankenkasse erfolgt nach Abschluss des gesamten Mahnprozesses gemäß Punkt B. II Abs. 2. zuzüglich 20 Arbeitstage zur buchhalterischen Aufbereitung eingegangener Zahlungen. Zusätzlich zu der Überweisung erhält die Krankenkasse die Information, wie sich der Überweisungsbetrag zusammensetzt. Diese Information erhält die Krankenkasse über die 2. Retourdatei gem. Punkt B. II. Abs. 4 zurückgemeldet. Daneben erhält die Krankenkasse einen schriftlichen Beleg zur Zahlung.

Die Überweisung der gepfändeten Forderung an die Krankenkasse erfolgt 10 Arbeitstage nach Übermittlung der 3. Retourdatei. Insofern eine pfändbare Forderung 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. Diese Information erhält die Krankenkasse über die 3. Retourdatei gem. Punkt B. II. Abs. 6 zurückgemeldet. Daneben erhält die Krankenkasse einen schriftlichen Beleg zur Zahlung.

#### **D. Verrechnung**

Die Vertragsparteien treffen im Folgenden Regelungen zum Umgang mit Aufrechnungsansprüchen aus offenen und berechtigten Forderungen der TK nach Durchführung des Rückforderungsmanagements gemäß dieses Anhangs. Eine Forderung gilt als berechtigt, wenn die TK die Durchsetzung der Forderung nach eingehender Prüfung eventueller Einwände von Ärzteseite im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben weiterhin als geboten ansieht.

1. Die TK hat neben den Titulierungs- und Vollstreckungsoptionen nach B II das Recht, gegenüber der HÄVG mit Wirkung für den jeweiligen teilnehmenden HAUSARZT des TK-HzV-Vertrages die Aufrechnung ihrer nach Durchführung des Fachkonzepts „Rückforderungsmanagement“ noch verbleibenden und berechtigten offenen Forderungen mit Forderungen des HAUSARZTES auf Basis von HzV-Vergütungsansprüchen gegen die TK zu erklären. Eine Aufrechnung kann nur nach erfolglosem Abschluss des Mahnverfahrens durch die HÄVG entsprechend dieses Anhangs und nur für HAUSÄRZTE erfolgen, die ihrerseits offene HzV-Vergütungsansprüche aus dem TK-HzV-Vertrag der jeweiligen KV Region gegenüber der TK haben.
2. Die Aufrechnungserklärung erfolgt durch die TK gegenüber der HÄVG in Form einer Datei (Aufrechnungsdatei), über deren Aufbau und Inhalt sich die Vertragspartner noch 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 gem. 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 TK angegebene Konto.
5. Die Rückzahlung der jeweils durch Aufrechnung zurückgeführten Beträge 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 TK übermittelte Aufrechnungsdatei, jeweils fortlaufend ergänzt um die arztbezogenen Aufrechnungsbeträge.

## **E. Haftung**

Die Krankenkasse haftet gegenüber dem Hausärzteverband im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Fachkonzeptes dafür, dass die in den übermittelten Korrekturanforderungen enthaltenen Inhalte inhaltlich den gelieferten Daten der KV entsprechen. Die Krankenkasse stellt den Hausärzteverband insoweit von sämtlichen Ansprüchen Dritter frei. Freistellung nach diesem Absatz bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.