

Vergütung der Ärzte

§ 1

Vergütungspositionen

Im Rahmen der Besonderen Versorgung können teilnehmende Ärzte bei vollständiger Leistungserbringung je Versicherten die folgenden Abrechnungsziffern zusätzlich zur Vergütung in der Regelversorgung abrechnen:

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Betrag
Pauschale			
Einschreibepauschale GOP: OskaEP	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der Versicherten durch Prüfung der Einschreibekriterien nach § 7 Abs. 1; • Motivation der Versicherten zur Teilnahme sowie Information über Inhalte der Besonderen Versorgung; • Einschreibung des Versicherten bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen des § 7 Abs. 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Versicherten • Max. 1 x pro Versichertenteilnahme • Nicht im gleichen Quartal neben Betreuungspauschale (GOP OskaBP) abrechenbar <p>Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	25,00 EUR
Betreuungspauschale Einschreibequartal GOP: OskaBPE	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Mitbetreuung zu Beginn der Programmteilnahme an „Oska-Plus“; • Aufklärung der Versicherten über die Bedeutung bzw. medizinische Notwendigkeit von Lebensstiländerungen für die Therapie; • Ausführliche persönliche, ärztliche/psychotherapeutische Beratung in Form der „sprechenden“ Medizin zur Motivation der Versicherten zum Umsetzen von Lebensstiländerungen; • Besprechung von persönlichen Hindernissen und Barrieren der Versicherten, die einer Lebensstiländerung entgegenstehen; • Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und Erhöhung der damit einhergehenden Versichertenzufriedenheit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Versicherten • Max. 1 x pro Versichertenteilnahme • Nur im ersten Quartal mit der Einschreibung (GOP OskaEP) abrechenbar <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • Dokumentation der gesicherten Diagnose Chronische Nierenerkrankung (N18 / N18.x / N19) 	40,00 EUR
Betreuungspauschale GOP: OskaBP	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktabhängige Betreuungspauschale für die Beratung und Mitbetreuung während der Programmteilnahme an „Oska-Plus“ • Besprechung der individuellen Ergebnisse des „Oska-Plus“ Pro- 	<ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr • Nicht im gleichen Quartal neben der Einschreibepauschale (GOP OskaEP) und der Betreuungspauschale Einschreibequartal (GOP OskaBPE) 	20,00 EUR

	<p>gramms im Bereich geändertes Verhalten und Lebensstil der Versicherten sowie Ableitung möglicher therapeutischer Optionen;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausführliche persönliche, ärztliche/psychotherapeutische Beratung in Form der „sprechenden“ Medizin zur wiederholten Motivation der Versicherten zum Umsetzen von Verhaltensänderungen; • Wiederholte Besprechung von persönlichen Hindernissen und Barrieren der Versicherten, die einer Verhaltensänderung entgegenstehen; • Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und Erhöhung der damit einhergehenden Versicherten-zufriedenheit. 	<p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal • Dokumentation der gesicherten Diagnose Chronische Nierenerkrankung (N18 / N18.x / N19) 	
--	---	---	--

§ 2

Dokumentation

Der Leistungserbringer hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten (zurzeit ICD-10) des BfArM zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages endstellig zu übermitteln.

§ 3

Abrechnung der Vergütung für Leistungen der Ärzte gegenüber Oska-Health

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung bedient sich Oska Health zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach § 295 1 b SGB V i.V.m. § 295 a Abs. 2 SGB V folgenden Rechenzentrums:

CONVEMA GmbH

Karl-Marx-Allee 90A

10243 Berlin

- (2) Oska Health bzw. der von Oska Health beauftragte Abrechnungsdienstleister rechnet den Vergütungsanspruch der Leistungen von Ärzten nach § 8 und dieser Anlage 2.1 gegenüber der Krankenkasse bis zum 10. Tag des Folgemonats des abzurechnenden Leistungsmonats ab.
- (3) Der Abrechnungsdienstleister übersendet eine Abrechnungsdatei („Abrechnungsdatei“) und/oder einen Rechnungsbrief als zahlungsbegründende Unterlage an die Krankenkasse i.V.m. Anlage 6. Diese enthält die für den Leistungserbringer abgerechneten und durch das Rechenzentrum geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die für den Arzt geprüften Vergütungsbeträge im Sinne des § 8 des Vertrages und dieser Anlage 2.1 aus.

- (4) Die Krankenkasse ist innerhalb einer Zahlungsfrist von 28 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten bzw. der Abrechnung von Oska Health („Zahlungsfrist“) zum Ausgleich des in den Abrechnungsdaten bzw. der Abrechnung von Oska Health genannten Betrages verpflichtet. Eingangstag der Rechnung ist bei Durchführung des Datenträgeraustauschs der Tag, an dem die Datenannahmestelle die Daten als plausibel anerkannt hat.
- (5) Die Rechnung gilt im bargeldlosen Zahlungsverkehr als beglichen mit dem Tage der Hingabe des Auftrages an das Geldinstitut.
- (6) Rechnungskorrekturen sind beidseitig bis zwölf Monate nach Eingang der Rechnung möglich.
- (7) Die Krankenkasse zahlt die Vergütung mit befreiender Wirkung auf das schriftlich von Oska Health benannte Konto („Abrechnungskonto“). Eine Änderung der Kontoverbindung wird Oska Health spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der Krankenkasse schriftlich mitteilen. Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur durch die Krankenkasse.
- (8) Die Krankenkasse kann gegenüber dem Arzt binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 4

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum prüft für Oska Health und die Krankenkasse die Abrechnung des Arztes auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§ 8 des Vertrages und diese Anlage 2.1) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen.
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme des Arztes am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen des Arztes (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger und übereinstimmender Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation.
- (3) Der Umfang der von Oska Health bzw. des von Oska Health beauftragten Abrechnungsdienstleisters an die Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen, soweit technisch möglich, automatisiert und basierend auf der durch den Arzt nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.

- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungsprüfkriterien vorgenommen.