

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 (Abrechnung über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung) vergütet werden:

| Bezeichnung der Vergütungsposition | Leistungsinhalt | Vergütungsregel | Betrag (brutto) |
|--|--|---|------------------|
| Pauschale | | | |
| Einschreibe-Pauschale GOP: OSKAEP | <ul style="list-style-type: none"> • Auswahl der Versicherten durch Prüfung der Einschreibekriterien nach § 9 Abs. 1; • Motivation der Versicherten zur Teilnahme und umfassende Aufklärung über die Bedeutung einer Lebensstiländerung der Versicherten für ihre Behandlung und die Progression der Krankheit sowie Information über Inhalte der Besonderen Versorgung; • Einschreibung des Versicherten bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen des § 9 Abs. 1. | <ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Versicherten • Max. 1 x pro Versichertenteilnahme • Nicht im gleichen Kalendervierteljahr neben Betreuungspauschale abrechenbar <p>Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p> | 25,00 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“ Programms im Bereich geändertes Verhalten und Lebensstil der Versicherten sowie Ableitung möglicher therapeutischer Optionen; • Ausführliche, persönliche, ärztliche/psychotherapeutische Beratung in Form der „sprechenden“ Medizin zur Motivation der Versicherten zum Umsetzen von Verhaltensänderungen; • Besprechung von persönlichen Hindernissen und Barrieren der Versicherten, die einer Verhaltensänderung entgegenstehen und Erläuterung der medizinischen Notwendigkeit von Verhaltensänderungen; • Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und Erhöhung der | <ul style="list-style-type: none"> • Max. 1 x pro Kalendervierteljahr • Max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr • Nicht im gleichen Kalendervierteljahr neben der Einschreibungspauschale <p>Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p> | 20,00 EUR |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>damit einhergehenden Versicherten-zufriedenheit.</p> <ul style="list-style-type: none">• Kurzfristige Terminvergabe (bei Hausärzten innerhalb von einem Arbeitstag und bei Fachärzten innerhalb von 10 Arbeitstagen)• Enger Austausch zwischen den am Behandlungsprozess des Versicherten beteiligten ärztlichen Leistungserbringern; insbesondere zeitnahe Austausch von relevanten Berichten und Befunden. | | |
|--|--|--|--|

§ 2

Dokumentation

Der Arzt 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 der Betriebskrankenkasse

- (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 Abrechnungsdienstleisters:

CONVEMA GmbH
Karl-Marx-Allee 90A
10243 Berlin

- (2) Für die Rechnungslegung der Leistungen aus diesem Vertrag gelten die Bestimmungen des § 295 Abs. 1b SGB V und § 295a SGB V in Verbindung mit der jeweils gültigen technischen Anlage zu den diesbezüglichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes.
- (3) Der Abrechnungsdienstleister übersendet eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) und/oder einen Rechnungsbrief als zahlungsbegründende Unterlage an die Betriebskrankenkasse. Diese enthält die für den Arzt abgerechneten und durch den Abrechnungsdienstleister 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 teilnehmende BKK ist innerhalb einer Zahlungsfrist von 21 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 oder an die Post.
- (6) Rechnungskorrekturen sind beidseitig bis zwölf Monate nach Eingang der Rechnung möglich.
- (7) Die teilnehmende BKK 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 Betriebskrankenkasse schriftlich mitteilen. Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur durch die teilnehmende BKK.
- (8) Die teilnehmende BKK kann gegenüber dem Arzt binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 4

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Der Abrechnungsdienstleister prüft für Oska Health und die Betriebskrankenkasse 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 an die Betriebskrankenkasse 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.