

BV-Vergütung für Ärzte

§ 1

BV-Vergütungspositionen

Die BV-Partner vereinbaren für die nachfolgend zu erbringenden Leistungen folgende BV-Vergütung:

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, das Folgende:

- Die nachfolgende BV-Vergütung ist für den BV-Versicherten nur abrechnungsfähig, wenn mindestens eine Verdachtsdiagnose oder eine gesicherte Diagnose einer entzündlichen Rheumaform nach **Anhang 2** der **Anlage 3** dokumentiert wird.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Leistungserbringer und pro BV-Versicherten abrechenbar.

Alle Leistungen sind am selben Tag pro Leistungserbringer und pro BV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

A. BV – Vergütung für den Arzt

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Betrag
Pauschalen			
GP Grundpauschale	Enge Erfolgskontrolle, Datenzusammenführung, Terminvergabe innerhalb von 14 Tagen. Verpflichtende Dokumentation in QS-Software nach Anlage 8.	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben TP	15,00 EUR

BBP 1 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen einer rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankung	Zusätzlicher Betreuungsaufwand aufgrund einer gesicherten und dokumentierten rheumatologisch bedingten Folge- und Begleiterkrankung nach Anhang 1 der Anlage 3	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben BBP2	7,50 EUR
BBP 2 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen von mind. zwei rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankungen	Zusätzlicher Betreuungsaufwand aufgrund von mind. zwei gesicherten und dokumentierten rheumatologisch bedingten Folge- und Begleiterkrankungen nach Anhang 1 der Anlage 3	Max. 1 x pro Quartal, Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben BBP1	17,50 EUR
TP Pauschale für Transitionsprozess	Behandlung und Betreuung während geplantem und koordiniertem Wechsel von Patienten zwischen dem 16. und einschließlich 24. Lebensjahr von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin.	Max. 2 Gespräche je Versichertenteilnahme nicht abrechenbar neben GP und Eingangsdiagnostik	100,00 EUR
Epikrise	Erstellung einer strukturierten Epikrise über den bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Darstellung der vollständigen Anamnese, insbesondere der durchgeführten Basistherapien und deren Verlauf.	Epikrise abrechenbar durch Kinder- und Jugendrheumatologie nicht abrechenbar neben GP und Eingangsdiagnostik Max. 1 x je Transition	100,00 EUR
Zuschläge			
Z 1 Zuschlag für strukturierte Patientenbetreuung über die rheumatologische Fachassistenz	Mitbetreuung der Rheuma-Patienten durch einen geprüften Fachassistenten (Versorgungsassistenten in der rheumatologischen Praxis) sowie nachdrückliche Empfehlung für Dokumentation im RABBIT-Register des DRFZ (teilnahmefähige Patienten) Zuschlag zu GP	Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: Ein MFA/Arzthelfer des Facharztes verfügt über die Qualifikation des Rheumatologischen Fachassistenten	10,00 EUR
Einzelleistungen			
Eingangsdiagnostik	Verpflichtende Dokumentation in QS-Software nach Anlage 8 bei gesicherter Diagnose. Nur abrechenbar zur Klärung der Verdachtsdiagnose oder bei Erstvor-	Einmalig je Vertragsteilnahme und Patient nicht abrechenbar neben TP	50,00 EUR

	stellung beim Facharzt. Umfassendes Differentiallabor		
Infusionsleistung 1 (Praxisklinische Betreuung)	Durchführung der Infusionstherapie mit Biologicals/Biosimilars (BL/BS) nach der Arzneimitteltherapie (Anlagen 10 und 16) unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung und Durchführung der Dokumentation entsprechend der Anforderung sowie Vorhalten der in den Anlagen 10 und 16 beschriebenen Qualitätsvoraussetzungen. Mind. 2-stündige praxisklinische Betreuung einschließlich Infusion mit BL/BS pro Quartal. Vorhaltung einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10.	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben Infusionsleistung 2	30,00 EUR
Infusionsleistung 2 (Praxisklinische Betreuung)	Durchführung der Infusionstherapie mit Biologicals/Biosimilars (BL/BS) nach der Arzneimitteltherapie nach Anlage 10 und 16 unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung und Durchführung der Dokumentation entsprechend der Anforderung sowie Vorhalten der in Anlage 10 und 16 beschriebenen Qualitätsvoraussetzungen. Mind. 4-stündige praxisklinische Betreuung einschließlich Infusion mit BL/BS pro Quartal. Vorhaltung einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10.	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben Infusionsleistung 1	60,00 EUR
Infusionsleistung (Praxisklinische Betreuung) bei der Indikation Still- Syndrom	Durchführung der Infusionsleistung bei der Indikation Still-Syndrom bei Kindern mit 14 tägiger Infusion mit Tocilizumab (gewichtsadaptiert) als Tagesklinik-ersetzende Leistung unter Berücksichtigung der „S2-Therapieleitlinie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis“ der Konsensusgruppe der JIA in der jeweils gültigen Fassung. Durchführung der Infusionstherapie mit Biologicals/Biosimilars (BL/BS) nach der Arzneimitteltherapie (Anlagen 10 und 16) unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung und Durchführung der Dokumentation entsprechend der Anforderung sowie Vorhalten der in den Anlagen 10 beschriebenen Qualitätsvoraussetzungen. Mind. 2-stündige praxisklinische Be-	Je Leistung Max. 4 x pro Quartal	30,00 EUR

	<p>treuung einschließlich Infusion mit BL/BS pro Quartal. Vorhaltung einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10.</p>		
<p>Patientenschulung in der Kinderrheumatologie („Päd-School Rheuma“)</p>	<p>Strukturierte sowie akkreditierte Patientenschulung in gemeinsamer Durchführung von einem Kinder- und Jugendrheumatologen, einem Psychologen, einem Physio-/Ergotherapeuten sowie einem Sozialarbeiter. Sie beinhaltet insgesamt 6 Module (2 Arzt-module über Krankheit und Therapie, 1 Psychologenmodul über Krankheitsverarbeitung, 1 Physiotherapiemodul, 1 Ergotherapiemodul, 1 Modul Soziales und Schule).</p> <p>Ein Modul umfasst 90 min.</p> <p>Gruppenschulung von max. 6 -12 Patienten</p>	<p>3 bis 6 Schulungseinheiten</p> <p>Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen</p>	<p>25,00 EUR</p>
<p>Strukturierte Patienteninformation StruPi</p>	<p>Strukturierte Patientenschulung in gemeinsamer Durchführung vom Rheumatologen und rheumatologischer Fachassistenz zur Diagnose, Therapie und Alltagsbewältigung bei gesicherter Rheumatoider Arthritis. Ausrichtung verpflichtend nach dem StruPi-Konzept.</p> <p>Der Facharzt stellt in geeigneter Weise ein Remindersystem sicher, um die Patienten rechtzeitig an die Teilnahme an den einzelnen Informationsveranstaltungen zu erinnern.</p> <p>Eine Einheit umfasst 90 min.</p> <p>Gruppenschulung von max. 6 -12 Patienten</p>	<p>Vergütung pro Schulungseinheit pro Patient</p> <p>Max. 3 Schulungseinheiten pro Patient insgesamt</p>	<p>25,00 EUR</p>
<p>Osteologische Diagnostik mit DEXA Modul 1</p>	<p>Leitlinien-orientierte Knochendichtemessung mit DEXA bei vorgesehener oder laufender Cortisontherapie und begründetem Verdacht auf Osteoporose oder bei bestehender behandelter Osteoporose. Abrechenbar neben der GOP 34600 oder 34601.</p>	<p>Max. 1 x pro Versicherten-teilnahmejahr</p> <p>nicht abrechenbar neben Modul 2</p>	<p>16,31 EUR</p>
<p>Osteologische Diagnostik mit DEXA Modul 2</p>	<p>Leitlinien-orientierte Knochendichtemessung mit DEXA bei vorgesehener oder laufender Cortisontherapie und begründetem Verdacht auf Osteoporose oder bei bestehender behandelter Osteoporose. In den Fällen, in denen eine Abrechnung der GOP 34600 oder 34601 nicht möglich ist, weil die letzte Abrechnung nach dem EBM noch nicht lange genug zurück liegt oder keine KV-Zulassung besteht.</p>	<p>Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr</p> <p>nicht abrechenbar neben Modul 1</p> <p>Max. alle 2 Versichertenteilnahmejahre</p>	<p>32,62 EUR</p>

Tight Control / Notfallmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Problempatienten mit akutem Krankheitsschub – z.B, sprunghaft angestiegener DAS Score, deutliche Verschlechterung des FFbH Score, erhebliche Gelenkschwellung mit massiver Einschränkung der Lebensqualität und drohender stationärer Behandlungsnotwendigkeit, Anstieg VAS (Schmerzscore) • Nebenwirkung der Therapie - Umstellung der Medikamente mit enger Begleitung potentieller schwerer Nebenwirkungen (oral/oral, oder oral/subcutan) • Bei drohenden oder bereits manifesten vitalen Organkomplifikationen im Rahmen der entzündlichen Rheumiform <p>Notfallmanagement - erhebliche Schmerzexacerbation (Anstieg VAS-Score), z. B. akute Gelenkschwellung mit massiver Einschränkung der Beweglichkeit (Messung FFbH), massive Nebenwirkungen der AM-Therapie mit erheblicher Einschränkung der Lebensqualität (Dokumentation in Krankenakte, Stichprobenprüfung); massive psychosoziale Beeinträchtigung - SF36 mit akuter Depressivität, drohender Verlust des Arbeitsplatzes oder andere einschneidende Lebensereignisse, die zu einer erheblichen psychischen Belastung mit negativen Auswirkungen auf die Grunderkrankung führen können.</p>	<p>Max. 1 x pro Quartal</p> <p>Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr</p>	20,00 EUR
Gelenksonografie	<p>Erbringung der Leistung „Sonografische Untersuchung von Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates (Sehne, Muskel, Bursa) mittels B-Mode-Verfahren“ einschließlich Power-Doppler M</p> <p>Qualifikation nach EBM</p>	Max. 1x pro Tag	12,00 EUR

§ 2 Laufzeit

Diese **Anlage 3** tritt am 01. Januar 2018 in Kraft. § 14 Abs. 7 des BV-Vertrages bleibt unberührt. Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 30. Juni 2021 (§ 14 Abs. 7 des BV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 14 Abs. 7 des BV-Vertrages.

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

I. Dokumentation

Die beim Versicherten im Zusammenhang mit der Behandlung festgestellten Diagnosen sind bei der Rechnungslegung nach Abs. 1 zwingend zu übermitteln. Der ICD-Schlüssel ist grundsätzlich nach dem ICD-Katalog¹ in der jeweils zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung vollständig und endstellig zu übermitteln. Die Diagnosesicherheit, Seitenlokalisierung und das Diagnosedatum sind zwingend anzugeben (siehe § 5 Abs. 5 des BV-Vertrages).

II. Abrechnung des Arztes

Der Arzt rechnet für die BV-Versicherten Pauschalen, Zuschläge und/oder Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3** ab.

Der Arzt ist verpflichtet, für die BV-Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen dieses BV-Vertrages im Rahmen dieses BV-Vertrages zu erbringen und abzurechnen.

§ 4 Abrechnung der BV-Vergütung durch den Arzt gegenüber der VLR

- (1) Die VLR ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der BV-Vergütung des Arztes nach den Vorgaben dieser **Anlage 3** verpflichtet.
- (2) Das von der VLR hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

¹ Klassifikation des DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstrasse 4
90402 Nürnberg

- (3) Der Arzt übermittelt der VLR seine Abrechnung der BV-Vergütung („**BV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal, spätestens bis zum 20. Tag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats (20. Januar, 20. April, 20. Juli und 20. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der BV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist die VLR berechtigt, eine Abrechnung des Arztes erst im Folgequartal vorzunehmen.
- (4) Die VLR ist verpflichtet, die BV-Abrechnung des Arztes auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3** genannten Abrechnungsprüfkriterien für diese zu prüfen.
- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften BV-Abrechnung des Arztes erstellt die VLR die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der TK überprüft die VLR die Abrechnungsdatei erneut. Sie ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 7 dieser **Anlage 3** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Die VLR stellt dem Arzt nach Erhalt der Zahlung von der TK einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“) zur Verfügung. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete BV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3**, die Verwaltungskostenpauschale nach § 17 des BV-Vertrages sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3** berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der Arzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der VLR unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der VLR etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.

-
- (8) Falls der Abrechnungsnachweis beim Arzt nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die VLR unverzüglich zu benachrichtigen.
- (9) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gilt der Abrechnungsnachweis als akzeptiert, wenn ihm nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird („**Schuldumschaffung**“). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die VLR wird den Arzt bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen.
- (10) Da die VLR zur Begleichung der entsprechenden Forderung des Arztes ihrerseits auf Zahlung durch die TK in entsprechender Höhe gemäß § 14 Abs. 1 angewiesen ist, wird der BV-Vergütungsanspruch gegenüber der VLR erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der TK gemäß § 14 Abs. 1 und § 16 Abs. 1 bei der VLR fällig. Die VLR ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der BV-Abrechnung des Arztes gegenüber der TK durchzusetzen.

§ 5

Abrechnung der BV-Vergütung der VLR gegenüber der TK

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die VLR der TK eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) und einen körperlichen Rechnungsbrief („**Rechnungsbrief**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Die VLR bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295 1b SGB V i.V.m. § 295 a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die vom Arzt abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den Arzt geprüften BV-Vergütung im Sinne des § 16 Abs. 1 des BV-Vertrages aus.
- (2) Die Abrechnungsdatei wird im Rahmen des Datenaustauschverfahrens (TA)² nach § 295 Abs. 1b SGB V übermittelt. Vor der erstmaligen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach

² Die Richtlinie und die Technische Anlage können über das Internet auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes - gkv-Datenaustausch/Leistungserbringer/Direktabrechner/Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V - aufgerufen werden

Satz 1 führt die VLR zusammen mit der TK einen Integrationstest zur Überprüfung der Verarbeitungsfähigkeit der übermittelten Daten durch. Die Übermittlung der Daten erfolgt quartalsweise in einer Datei, in der alle Abrechnungsdatensätze gebündelt sind, an die Datenannahmestellen der TK.

- (3) Die übermittelten Daten werden in Abhängigkeit vom Inhalt der einzelnen Datensätze im Sinne eines Fehlererkennungsverfahrens gemäß Abschnitt 5 der TA zu den betreffenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes geprüft. Systematische Fehler führen grundsätzlich zur Abweisung der gesamten Datenlieferung. Der Datenabsender ist über festgestellte Mängel unverzüglich zu unterrichten. Die entsprechende Korrekturanforderung wird maschinell erstellt und eine entsprechende Fehlerdatei wird via T-Systems seitens der TK an den Datenabsender gesandt. Die Fehler sind entsprechend der Fehlerhinweise zu korrigieren und eine neue Abrechnungsdatei ist zu übermitteln.
- (4) Zusätzlich zur Abrechnungsdatei erstellt der Vertragspartner einen körperlichen Rechnungsbrief und übersendet diesen an das Abrechnungszentrum der TK. Der körperliche Rechnungsbrief enthält folgende Angaben:
- Institutionskennzeichen (IK) des Zahlungsempfängers
 - Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
 - Bankverbindung des Zahlungsempfängers
 - Rechnungsnummer
 - Erstellungsdatum und Uhrzeit (UNB-Segment 0017,0019) der Lieferdatei mit den Einzelfallnachweisen (EFN-Datei) der Abrechnung nach Abs.1
 - Abrechnungszeitraum
 - Vertragsnummer
 - Vertragskennzeichen
 - Gesamtforderung.
- (5) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt nach Eingang der Abrechnungsunterlagen nach Abs. 1 und 5 innerhalb der vereinbarten Frist von 14 Tagen („**Zahlungsfrist**“). Ist die TK der Auffassung, dass die ihr übermittelte Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Zahlungsfrist der VLR schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“) oder eine Zahlung auf Grundlage des körperlichen Rechnungsbriefes unter dem Vorbehalt der Lieferung fehlerfreier Abrechnungsdaten vorzunehmen. Als Tag

der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. § 14 Abs. 2 und § 16 Abs. 2 des BV-Vertrages bleiben unberührt (Ausgleich von Überzahlungen und Doppelabrechnungen).

- (6) Die Höhe bzw. Auszahlung der Vergütung ist an das Erreichen der Wirtschaftlichkeitsquoten gemäß **Anlage 17** gebunden. Der Arzt erhält gemäß der unter Abs. 5 geregelten Fristen zunächst eine Vergütung in Höhe von jeweils 60,00 v.H. der in der **Anlage 3** ausgewiesenen und abgerechneten Vergütungspositionen.

Bei Erreichen der Wirtschaftlichkeitsquoten nach **Anlage 17** erhält der Arzt weitere 40,00 v.H. der Vergütung der in **Anlage 3** ausgewiesenen und abgerechneten Vergütungspositionen. Die Auszahlung dieser Vergütung erfolgt unmittelbar nach Ermittlung der Wirtschaftlichkeitsquoten durch die TK, jedoch spätestens für das 1. Halbjahr bis zum 31.12. desselben Jahres und für das 2. Halbjahr bis zum 30.06. des darauffolgenden Jahres.

Bei Nicht-Erreichen einer Wirtschaftlichkeitsquote gemäß **Anlage 17** entfällt die Vergütung der weiteren 40 v.H. für das jeweilige Quartal.

Das Nähere zur Abrechnung regelt die **Anlage 18** (Abrechnung).

- (7) Die TK hat die Zahlung auf das schriftlich von der VLR benannte Konto der VLR („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird die VLR spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der TK schriftlich mitteilen.
- (8) Nachdem die TK die BV-Vergütung an die VLR ausgezahlt hat, zahlt diese die sich aus der BV-Auszahlungsdatei ergebenden BV-Vergütungsansprüche der Ärzte an diese gemäß § 16 Abs. 8 aus.

§ 6

Korrekturverfahren - Storno auf Fallebene und Sendung eines neuen Originalfalles

- (1) Stornofälle auf Fallebene

Stornofälle sind solche, bei denen der Arzt bzw. der von ihm beauftragte Abrechnungsdienstleister oder die TK feststellen, dass eine Abrechnung generell nicht erfolgen darf oder aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) zu korrigieren ist. Der Fall oder der fehlerhafte

Datensatz muss storniert werden. Der zu stornierende Datensatz ist umgehend in einer separaten Datenlieferung mit dem Verarbeitungskennzeichen (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment IVK - Feld 1/1.2) "30" im IVK-Segment zu liefern. Der Stornodatensatz entspricht hinsichtlich der Leistungspositionen im ABR-Segment sowie der Beträge genau der zu stornierenden Datei. Es wird das gleiche Vorzeichen wie in der Erstdatenlieferung verwendet. Dies gilt auch für das FKI-Segment und die Rechnungsnummer.

Im Falle von Stornierungen müssen die Stornofälle in einer separaten Datei übermittelt werden. Stornodateien dürfen nicht gleichzeitig mit Normalfällen versandt werden. Es sollte dabei immer ein Zeitversatz von mindestens drei Werktagen eingehalten werden. Es ist zunächst die Stornodatei zu übermitteln.

Die Anzahl von Stornofällen ist auf das nötige Maß zu beschränken.

(2) Neuer Originalfall mit neuer Rechnungsnummer

Im Falle einer Korrektur aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) wird ein neuer (korrigierter) Datensatz mit dem Verarbeitungskennzeichen "10" im IVK-Segment und neuer Rechnungsnummer (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment RGI - Feld 11/11.5) im RGI-Segment geliefert. Der Korrekturzähler (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment RGI - Feld 11/11.8) bleibt dabei auf dem Wert "0".

Der Dateiname (siehe Abschnitt 4.1 der technischen Anlage unter Dateinamen) wird an der fünften Stelle mit einer "0" = Abrechnungsdatei übermittelt.

§ 7

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum für die VLR bzw. die TK prüft die BV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 14 bis 16 des BV-Vertrages, **Anlage 3**) 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 an der BV;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Zuschläge und Einzelleistung (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger und übereinstimmender Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß **Anhang 2** der **Anlage 3**.
- (3) Der Umfang der von der VLR an die TK zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den Arzt über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des BV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 9

Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 3**:

Anhang 1 zu Anlage 3: Rheumatologische Folge- und Begleiterkrankungen

Anhang 2 zu Anlage 3: Einschreibediagnosen BV-Versicherte

Anhang 3 zu Anlage 3: Voraussetzungen rheumatologische Fachassistenz