

Anlage 3 BV-Vergütung und Abrechnung

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Vergütungspositionen.....	1
§ 2	Laufzeit.....	7
§ 3	Allgemeine Vergütungsbestimmungen	7
§ 4	Abrechnung der BV-Vergütung durch den Arzt gegenüber der BSG.....	8
§ 5	Abrechnung der BV-Vergütung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen.....	9
§ 6	Korrekturverfahren - Storno auf Fallebene und Sendung eines neuen Originalfalles.....	11
§ 7	Abrechnungsprüfkriterien.....	12
§ 8	Anhänge.....	12

§ 1 Vergütungspositionen

Die BV-Partner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3** („**BV-Ziffernkranz**“) - in der jeweils aktuellen Fassung - 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 Versicherte nur abrechnungsfähig, wenn mindestens eine Verdachtsdiagnose oder eine gesicherte Diagnose einer entzündlichen Rheumaform nach Anhang 3 der Anlage 3 („**Einschreibediagnosen Versicherte**“) dokumentiert wurde, der jeweilige Versicherte gemäß der Vorgaben aus Anlage 4 nicht storniert wurde und im abrechnungsbegründenden Teilnehmerverzeichnis des jeweiligen Quartals aufgeführt ist.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Leistungserbringer und pro Versicherten abrechenbar.

Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

A. BV-Vergütung für Hausärzte

Bezeichnung der BV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschale			
Kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikationspauschale (KKP)	Kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikationspauschale für die Betreuung der Patienten im Rahmen des BV-Vertrages Rheuma mit Fachärzten + Kinder- und Jugend-rheumatologen	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	15,00 EUR
Zuschlag			
Zuschlag Dokumentation und Monitoring	Zuschlag auf die KKP für die Festlegung und Dokumentation - der individuellen Therapieziele - der Kontrolle des Erreichens der Therapieziele im Rahmen des BV-Vertrages Rheuma - ggf. Gelenkstatus und - bei Bedarf Labor CRP und BSG	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	16,00 EUR

B. BV-Vergütung für den Facharzt, Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. ggf. Ambulanz

Bezeichnung der BV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Betrag
Pauschalen			
GP Grundpauschale	Behandlung des Patienten aufgrund einer Überweisung des Hausarztes inkl. - Abdominalsonografie, - Arztbrief innerhalb von 14 Tagen an den Hausarzt	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben TP nicht am selben Tag mit der Eingangsdiagnostik abrechenbar	50,00 EUR
BBP 1 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen einer rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankung	Zusätzlicher Betreuungsaufwand aufgrund einer rheumatologisch bedingten Folge- und Begleiterkrankung nach Anhang 2 der Anlage 3 („ <u>rheumatologische Folge- und Begleiterkrankungen</u> “)	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben BBP 2 Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	10,00 EUR
BBP 2 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen von mind. zwei rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankungen	Zusätzlicher Betreuungsaufwand aufgrund von mind. zwei rheumatologisch bedingten Folge- und Begleiterkrankung nach Anhang 2 der Anlage 3 („ <u>rheumatologische Folge- und Begleiterkrankungen</u> “)	Max. 1 x pro Quartal, Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben BBP1 Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	27,50 EUR
TP Pauschale für Transitionsprozess	Behandlung und Betreuung während geplantem und koordiniertem Wechsel von Patienten von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin nach den Anlagen 11-15 im BV-Vertrag Rheuma inkl.- Übergangssprechstunde mit multidisziplinärem Setting Vorhergehende Mindestzeitdauer der Betreuung durch den Kinder- und Jugendrheumatologen vor Transitionsprozess beträgt 12 Monate Parallelbetreuung innerhalb von drei Monaten durch Kinder- und Jugendrheumatologen und Facharzt	Max. 1 x pro Quartal, Max. 3 x im Versichertenteilnahmejahr, Einmalig in der Kombination des abrechnenden Arzt Versicherten-Paares 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 Jugendrheumatologe 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) Zuschlag zu GP	Max. 1 x pro Quartal Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des Zuschlages für den rheumatologischen Fachassistenten werden in Anhang 4 dieser Anlage 3 geregelt. Voraussetzung: Ein MFA/Arzthelfer des Rheumatologen verfügt über die Qualifikation des Fachassistenten	5,00 EUR
Z 2 Tight control Zuschlag	Kurzfristige Terminvergabe bei Problempatienten mit hoher Krankheitsaktivität, Komplikationen, Pauschalzuschlag zu GP	Max. 1 x pro Quartal Bei 5 bis 10 Kontakten pro Patient und Quartal nicht abrechenbar neben Z3	50,00 EUR
Z 3 Tight control Zuschlag	Kurzfristige Terminvergabe bei Problempatienten mit hoher Krankheitsaktivität, Komplikationen, Pauschalzuschlag zu GP	Max. 1 x pro Quartal Bei mehr als 10 Kontakten pro Patient und Quartal nicht abrechenbar neben Z2	100,00 EUR
Z 4 Laborzuschlag	Zuschlag auf die GP bei Abrechnung mindestens einer Laborposition, welche nicht mit der Grundpauschale abgegolten ist (Einzelleistung) gemäß des Anhang 1 zur Anlage 3 („ BV-Ziffernkranz “)	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x Versichertenteilnahmejahr	4,00 EUR
Z 5 Dokumentation und Qualitätssicherung	Zuschlag auf die GP Dokumentation: Festlegung der individuellen Zielwerte und Dokumentation in QS-Software gemäß Anlage 8 von - Krankheitsaktivität, - Funktionskapazität, Qualitätssicherung: leitlinienorientiertes - Arzneimittelmanagement - Injektions- und Punktionsleistung - Infusionsleistung	Max. 1 x pro Quartal	15,00 EUR
Einzelleistungen			
Infusionsleistung (Praxisklinische Betreuung)	Durchführung der Infusionstherapie mit Biologicals / Biosimilars (BL/BS) beim neu infundierten Patienten (Umstellung von einem subkutan applizierten auf ein zu infundierendes BL/BS oder medizinisch induzierte Neueinstellung auf ein BL/BS) nach der Arzneimitteltherapie Anlagen 16 und der Infusionstherapie (Anlage 10) unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung und Durchführung der Dokumentation entsprechend der Anforderung nach Anlage 8 Mind. 2-stündige praxisklinische Betreuung einschließlich Infusion mit BL/BS bei fallbezogenem QZV Vorhaltung einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10 („ Infusionstherapie “).	Max. 1 x pro Quartal	60,00 EUR

Eingangsdagnostik	Anamnese, umfassender Gelenkstatus, Differentiallabor, bildgebende Verfahren, Diagnose, Therapieeinleitung, Arztbrief innerhalb von 14 Tagen an den Hausarzt, Erstverordnung Heil-/Hilfsmittel, Terminvereinbarung auf Anfrage des Hausarztes Nur abrechenbar zur Klärung der Verdachtsdiagnose oder bei Erstvorstellung beim Facharzt.	Einmalig je Vertragsteilnahme und Patient Nicht abrechenbar neben GP am selben Tag und TP	90,00 EUR
Gelenksonografie	Erbringung der Leistung „Sonografische Untersuchung von Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates (Sehne, Muskel, Bursa) mittels B-Mode-Verfahren“ einschließlich Power-Doppler M Qualifikation nach EBM	Max. 1x pro Tag	12,00 EUR
Gelenkinjektion für Versicherte >= 18 Jahre	intraarticuläre Injektion mit Triamcinolon mit dem Ziel der Schmerzreduktion, dem Erhalt der Gelenkfunktion und der Verbesserung der Funktionskapazität. Leitliniengerechte Leistungserbringung durch Rheumatologen (Gemeinsame Leitlinie der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie, des BV der Ärzte für Orthopädie und des Arbeitskreises "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF zu „Hygienemaßnahmen bei Intraartikulären Punktionen und Injektionen“ in der jeweils gültigen Fassung).	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x Versichertenteilnahmejahr	15,00 EUR
Gelenkinjektion für Versicherte >= 12 bis < =17 Jahre	intraarticuläre Injektion mit dem Ziel der Schmerzreduktion, dem Erhalt der Gelenkfunktion und der Verbesserung der Funktionskapazität. Leitliniengerechte Leistungserbringung durch Kinder- und Jugendrheumatologen (Gemeinsame Leitlinie der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie, des BV der Ärzte für Orthopädie und des Arbeitskreises "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF zu „Hygienemaßnahmen bei Intraartikulären Punktionen und Injektionen“ in der jeweils gültigen Fassung).	Max. 1x pro Quartal Max. 4x Versichertenteilnahmejahr Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen	30,00 EUR
Gelenkinjektion für Versicherte < 12	intraarticuläre Injektion mit dem Ziel der Schmerzreduktion, dem Erhalt der Gelenkfunktion und der Verbesserung der Funktionskapazität. Leitliniengerechte Leistungserbringung durch Kinder- und Jugendrheumatologen (Gemeinsame Leitlinie der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie, des BV der Ärzte für	Max. 1x pro Quartal Max. 4x Versichertenteilnahmejahr Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen	60,00 EUR

	Orthopädie und des Arbeitskreises "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF zu „Hygienemaßnahmen bei Intraartikulären Punktionen und Injektionen“ in der jeweils gültigen Fassung).		
STRUPI	Strukturierte Patientenschulung zur Diagnose, Therapie und Alltagsbewältigung bei gesicherter Rheumatoider Arthritis Eine Einheit umfasst 90 min. Gruppenschulung von 6 -12 Patienten	Vergütung pro Schulungseinheit pro Patient Max. 3 x pro Quartal	25,00 EUR
Röntgenpauschale	Erbringung der Röntgenleistung gemäß Anhang 1 („ BV-Ziffernkranz “) zur Anlage 3	Max. alle 2 Versichertenteilnahmejahre	32,00 EUR
Einzelleistungen			
32027	D-Dimer (nicht mittels trägergebundener Reagenzien)	Gemäß Leistungslegende EBM	15,30 EUR
33020	Echokardiographische Untersuchung mittels M-Mode- und B-Mode-Verfahren	Gemäß Leistungslegende EBM	28,66 EUR
33021	Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler	Gemäß Leistungslegende EBM	29,94 EUR
33022	Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbcodierung	Gemäß Leistungslegende EBM	35,80 EUR
33040	Sonographische Untersuchung der Thoraxorgane mittels B-Mode-Verfahren	Gemäß Leistungslegende EBM	13,53 EUR
32097	BNP und/oder NT-Pro-BNP (BNP natriuretisches Peptid)	Gemäß Leistungslegende EBM	19,40 EUR
32150	Immunologischer Nachweis von Troponon I und/ oder Troponin II	Gemäß Leistungslegende EBM	11,25 EUR
32166	Synovia-Punktat	Gemäß Leistungslegende EBM	5,80 EUR
32207	Lupus Antikoagulans	Gemäß Leistungslegende EBM	13,90 EUR
32240	Angiotensin-Converting-Enzym	Gemäß Leistungslegende EBM	15,30 EUR
32320	fT4	Gemäß Leistungslegende EBM	3,70 EUR
32321	fT3	Gemäß Leistungslegende EBM	3,70 EUR
32325	Ferritin	Gemäß Leistungslegende EBM	4,20 EUR
32358	Testosteron	Gemäß Leistungslegende EBM	5,00 EUR
32372	Folsäure	Gemäß Leistungslegende EBM	5,40 EUR
32373	Vitamin B 12	Gemäß Leistungslegende EBM	4,20 EUR
32381	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	Gemäß Leistungslegende EBM	15,90 EUR
32404	Knochen-Alkalische Phosphatase	Gemäß Leistungslegende EBM	20,50 EUR
32411	Intaktes Parathormon	Gemäß Leistungslegende EBM	14,80 EUR
32413	Vitamin D	Gemäß Leistungslegende EBM	18,40 EUR
32414	Osteocalcin	Gemäß Leistungslegende EBM	23,90 EUR
32416	Knochen-Abbauparameter NTX, Cross links, etc.	Gemäß Leistungslegende EBM	24,90 EUR
32426	Quantitative Bestimmung von Gesamt-IgE	Gemäß Leistungslegende EBM	4,60 EUR
32427	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen	Gemäß Leistungslegende EBM	7,10 EUR
32430	Qualitativer Nachweis von humanen Proteinen mittels Immunpräzipitation	Gemäß Leistungslegende EBM	6,40 EUR
32435	Albumin	Gemäß Leistungslegende EBM	3,40 EUR

32440	Coeruloplasmin	Gemäß Leistungslegende EBM	11,20 EUR
32441	Haptoglobin	Gemäß Leistungslegende EBM	7,30 EUR
32443	C 3	Gemäß Leistungslegende EBM	7,80 EUR
32444	C 4	Gemäß Leistungslegende EBM	7,50 EUR
32450	Myoglobin	Gemäß Leistungslegende EBM	10,80 EUR
32455	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	Gemäß Leistungslegende EBM	8,90 EUR
32460	CRP	Gemäß Leistungslegende EBM	4,90 EUR
32461	Rheumafaktor	Gemäß Leistungslegende EBM	4,20 EUR
32462	Quantitative Bestimmung einer Immunglobulinsubklasse	Gemäß Leistungslegende EBM	23,40 EUR
32463	Cystatin-C	Gemäß Leistungslegende EBM	9,70 EUR
32478	Immunfixationselektrophorese	Gemäß Leistungslegende EBM	20,00 EUR
32489	Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid	Gemäß Leistungslegende EBM	11,20 EUR
32490	ANA Suchtest	Gemäß Leistungslegende EBM	7,30 EUR
32491	Doppelstrang-DNS Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	10,40 EUR
32492	Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene	Gemäß Leistungslegende EBM	9,50 EUR
32493	Antikörper gegen Zentromereantigene	Gemäß Leistungslegende EBM	9,00 EUR
32494	AMA	Gemäß Leistungslegende EBM	6,00 EUR
32496	ANCA	Gemäß Leistungslegende EBM	10,10 EUR
32502	Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase (-mikrosomen) und/oder Thyreoglobulin	Gemäß Leistungslegende EBM	7,50 EUR
32503	Phospholipid-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	7,30 EUR
32505	Ähnliche Untersuchungen (wie 32489 bis 32504)	Gemäß Leistungslegende EBM	9,50 EUR
32508	Quantitative Bestimmung von TSH-Rezeptor-Antikörpern	Gemäß Leistungslegende EBM	10,30 EUR
32510	Dichtegradienten- oder immunomagnetische Zellisolierung	Gemäß Leistungslegende EBM	10,40 EUR
32544	Nachweis von Erythrozytenantikörpern ohne Antiglobulinphase, z.B. Kälte-agglutinine	Gemäß Leistungslegende EBM	6,40 EUR
32545	Antikörpersuchtest in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests mit mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen	Gemäß Leistungslegende EBM	7,30 EUR
32560	Antistreptolysin-O - Reaktion	Gemäß Leistungslegende EBM	5,00 EUR
32561	Anti-DNase-B-Reaktion (Antistreptodornase)	Gemäß Leistungslegende EBM	11,70 EUR
32586	Borrelia burgdorferi-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	7,10 EUR
32588	Campylobacter jejuni IgG/A	Gemäß Leistungslegende EBM	7,70 EUR
32589	Chlamydien-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	10,10 EUR
32598	Yersinien-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	6,10 EUR
32614	HBc-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	5,90 EUR
32615	HBc-IgM-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	8,50 EUR
32617	HBs-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	5,50 EUR
32618	HCV-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	9,80 EUR
32626	Parvoviren-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	17,30 EUR
32641	Ähnliche Untersuchungen (32560 bis 32640)	Gemäß Leistungslegende EBM	11,10 EUR
32662	Borrelia-Antikörper Immunoblot	Gemäß Leistungslegende EBM	20,30 EUR
32663	Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest	Gemäß Leistungslegende EBM	20,10 EUR
32670	Quantiferon Tb-Test oder Elispot Tb-Test	Gemäß Leistungslegende EBM	58,00 EUR

Lesefassung vom 01.04.2018 ergänzt um die in der Änderungsvereinbarung vom 01.04.2018 festgelegten Änderungen

32781	Hepatitis B-Oberflächenantigen (HBsAg)	Gemäß Leistungslegende EBM	5,50 EUR
32791	Parvovirus-AK IgG/IgM	Gemäß Leistungslegende EBM	13,20 EUR
32931	HLA-B27	Gemäß Leistungslegende EBM	30,00 EUR

§ 2 Laufzeit

Diese **Anlage 3** tritt am 01.07.2016 in Kraft, sofern zu diesem Zeitpunkt die Bereinigung der Gesamtvergütung durch eine entsprechende Vereinbarung der zuständigen Gesamtvertragspartner bzw. durch eine Festsetzung des zuständigen Landesschiedsamtes gewährleistet ist. Andernfalls tritt die Anlage 3 frühestens am 1. Tag des Kalenderquartals in Kraft, für welches eine Bereinigung der Gesamtvergütung gewährleistet ist.

Die §§ 11 Abs. 10 und 21 Abs. 2 des BV-Vertrages Rheuma bleiben unberührt. Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3 („BV-Vergütung und Abrechnung“)** gelten zunächst bis zum 31. Dezember 2018 (§ 11 Abs. 7 des BV-Vertrages Rheuma). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 11 Abs. 7 des BV-Vertrages Rheuma.

Anhang 1 dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) kann bei Anpassungen des EBM von den BV-Partnern angepasst werden.

§ 3 Allgemeine Vergütungsbestimmungen

I. BV-Ziffernkranz (Anhang 1 zu dieser Anlage 3)

Der Leistungsumfang von Pauschalen, Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmt sich grundsätzlich anhand des BV-Ziffernkranzes gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 („**BV-Ziffernkranz**“). Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im BV-Ziffernkranz nach Anhang 1 zu dieser Anlage 3, soweit spectrumK und die BSG keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des BV-Ziffernkranzes in Anhang 1 zu dieser Anlage 3 stimmt der Facharzt und Kinder- und Jugendrheumatologe bereits jetzt zu.

II. Dokumentation

Der Arzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Abrechnungssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 5 und § 6 des BV-Vertrages Rheuma). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

III. Abrechnung des Arztes

- (1) Der Arzt rechnet für die Versicherten Pauschalen, Zuschläge und/oder Einzelleistungen gemäß dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) mit der BSG ab. Für den Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen sind damit alle Leistungen, die gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 („**BV-Ziffernkranz**“) Gegenstand dieses BV-Vertrages Rheuma sind, abgedeckt.
- (2) Der Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe ist verpflichtet, für die Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des BV-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu dieser Anlage 3) und entlang

des Behandlungspfades dieses BV-Vertrages Rheuma im Rahmen dieses BV-Vertrages Rheuma zu erbringen und abzurechnen. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann.

- (3) Die Kosten der in dem BV-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die BV-Vergütung gemäß dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) abgegolten.

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

- (1) Die BSG ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der BV-Vergütung des Arztes nach den Vorgaben dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) verpflichtet.

- (2) Das von der BSG hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg.

- (3) Der Arzt übermittelt 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 BSG berechtigt, eine Abrechnung des Arztes erst im Folgequartal vorzunehmen.

- (4) Die BSG ist verpflichtet, die BV-Abrechnung des Arztes auf Plausibilität nach Maßgabe dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) unter Zugrundelegung der in § 7 („**Abrechnungsprüfkriterien**“) dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) genannten Abrechnungsprüfkriterien für diese zu prüfen.

- (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften BV-Abrechnung des Arztes erstellt die BSG die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumK) überprüft die BSG 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 („**Abrechnungsprüfkriterien**“) dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) widerspricht.

- (6) Die BSG übersendet dem Arzt nach Erhalt der Zahlung von den für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumK) einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete BV-Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“), die Verwaltungskostenpauschale nach § 14 des BV-Vertrages Rheuma sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) berechnete Abrechnungsrügen.

- (7) Der Arzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der BSG unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der BSG etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.
- (8) Falls der Abrechnungsnachweis beim Arzt nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die BSG 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 BSG wird den Arzt bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt das Recht, einen berechtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen.

§ 5 Abrechnung der BV-Vergütung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die BSG den für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumK) eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) und einen körperlichen Rechnungsbrief („**Rechnungsbrief**“) sowie eine entsprechende Datei mit den zwischen den BV-Partnern abgestimmten Inhalten als zahlungsbegründende Unterlage. Die BSG 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 der für den Arzt geprüften BV-Vergütung im Sinne des § 11 Abs. 2 des BV-Vertrages Rheuma aus.
- (2) Die Abrechnungsdaten werden im Rahmen des Datenaustauschverfahrens (TA) nach § 295 Abs. 1b SGB V übermittelt. Vor der erstmaligen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach Satz 1 führt die BSG zusammen mit den für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumk) 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 für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder die von ihnen benannte Stelle (spectrumK).
- (3) Die BSG übersendet nach eigener Abrechnungsprüfung die Abrechnungsdateien aller für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen gemäß Abs. 2 spätestens bis zum 19. Kalendertag des 2. Monats eines jeden Quartals an die von der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkasse schriftlich benannte Stelle, sofern das für das jeweilige Quartal abrechnungsbegründende Teilnehmerverzeichnis spätestens am 1. Kalendertag des 2. Monats des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals - in für die Abrechnung ausreichender Qualität – der BSG zur Verfügung steht.
- (4) Eine Lieferung der Abrechnungsdatei zum 19. Kalendertag des 2. Monats eines jeden Quartals wird angestrebt. Kann dieser Termin nicht eingehalten werden, erfolgt unverzüglich nach Bekanntwerden eine „Verhinderungs- und

Verzögerungsanzeige“ an die von der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkasse schriftlich benannte Stelle.

- (5) Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretene Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle (spectrumK) hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkassen-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 7 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Der Beginn der Krankenkassen-Prüffrist erfolgt mit dem Versand der Abrechnungsdatei durch das Rechenzentrum. Die Krankenkassen-Prüffrist kann von den Vertragspartnern einvernehmlich verkürzt werden. Ist die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretene Krankenkasse oder die von ihr benannte Stelle (spectrumK) der Auffassung, dass die ihr übermittelte Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keiner ordnungsgemäßen Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist dem Rechenzentrum in Textform und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“).

Die von spectrumK von den für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen angeforderten Vergütungsbeträge verringern sich um die beanstandeten Abrechnungspositionen. Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretene Krankenkasse bleibt zur Zahlung der nicht beanstandeten Abrechnungen verpflichtet. Die Rügen – sofern diese berechtigt sind – werden in der Endabrechnung für das jeweilige Abrechnungsquartal berücksichtigt. Der sich aus den Rügen ergebende und von der BSG anerkannte Minderungsbetrag wird auf dem Rechnungsbrief sowie der entsprechenden Datei mit den zwischen den BV-Partnern abgestimmten Inhalten berücksichtigt. Das Rechenzentrum übermittelt der von der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkasse schriftlich benannten Stelle eine Rückmeldung zur Rügedatei.

- (6) Zusätzlich zur Abrechnungsdatei erstellt die BSG einen körperlichen Rechnungsbrief sowie eine entsprechende Datei mit den zwischen den BV-Partnern abgestimmten Inhalten und übersendet diese nach Ablauf der Prüffrist gemäß Absatz 5 an die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen bzw. an die von ihnen benannte Stelle (spectrumK). Der körperliche Rechnungsbrief sowie die Datei enthalten folgende Angaben:

- a) Institutionskennzeichen (IK) des Zahlungsempfängers
- b) Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
- c) Bankverbindung des Zahlungsempfängers
- d) Rechnungsnummer
- e) Erstellungsdatum und Uhrzeit (UNB-Segment 0017,0019) der Lieferdatei mit den Einzelfallnachweisen (EFN-Datei) der Abrechnung nach Abs.1
- f) Abrechnungszeitraum
- g) Vertragsnummer
- h) Vertragskennzeichen
- i) Gesamtforderung

- (7) Die Bezahlung der Rechnung durch die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkasse oder einer von ihnen benannte Stelle (spectrumK) erfolgt innerhalb einer Frist von 3 Wochen („**Zahlungsfrist**“) nach Erhalt des

Rechnungsbriefs. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. § 11 Abs. 4 und § 11 Abs. 6 des BV-Vertrages Rheuma bleiben unberührt (Ausgleich von Überzahlungen und Doppelabrechnungen).

- (8) Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen bzw. die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) haben die Zahlung auf das schriftlich von der BSG benannte Konto der BSG („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird die BSG spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit den für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen bzw. die von ihnen benannten Stelle (spectrumK) schriftlich mitteilen.
- (9) Nachdem die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) die BV-Vergütung an die BSG ausgezahlt hat, zahlt diese die sich aus der BV-Auszahlungsdatei ergebenden BV-Vergütungsansprüche der Ärzte an diese gemäß § 11 Abs. 3 aus.
- (10) Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretene Krankenkasse bzw. die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) kann durch Erklärung gegenüber der BSG binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnung der BV-Vergütung sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 6 Korrekturverfahren - Storno auf Fallebene und Sendung eines neuen Originalfalles

(1) Stornofälle auf Fallebene

Stornofälle sind solche, bei denen der Arzt oder der von ihm/ihr beauftragte Abrechnungsdienstleister oder die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen 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. Zu stornieren und zu korrigieren ist immer der gesamte Abrechnungsfall. 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.

(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 BSG sowie spectrumK für die in den jeweiligen KV-Bezirken beigetretenen Krankenkassen prüfen die BV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität §§ 11 bis 13 des BV-Vertrages Rheuma, Anlage 3 – „**BV-Vergütung und Abrechnung**“) 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 Diagnosedokumentation gemäß Anhang 3 der Anlage 3 („**Einschreibediagnosen Versicherte**“).
- (3) Der Umfang der von der BSG an den Abrechnungsdienstleister der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen 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 Abrechnungssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des BV-Vertrages Rheuma wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8 Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“):

Anhang 1 zu Anlage 3: BV- Ziffernkranz

Anhang 2 zu Anlage 3: rheumatologische Folge- und Begleiterkrankungen

Anhang 3 zu Anlage 3: Einschreibediagnosen Versicherte

Anhang 4 zu Anlage 3: Voraussetzung rheumatologische Fachassistenz