

Vergütung für Ärzte

§ 1

Vergütungspositionen

Die Vertragspartner vereinbaren für die in dieser Anlage 3 zu erbringenden Leistungen folgende 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 Vergütung ist für den an der IV teilnehmenden Versicherten nur abrechnungsfähig, wenn mindestens eine Verdachtsdiagnose oder eine gesicherte Diagnose einer entzündlichen Rheumaform nach Anhang 2 dieser Anlage 3 dokumentiert wird.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Leistungserbringer und pro Versicherten abrechenbar.

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

A. Vergütung für Hausärzte

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschale			
Kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikationspauschale (KKP) *Entgeltschlüssel 57201001	Kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikationspauschale für die Betreuung der Patienten im Rahmen des IV-Vertrages mit Rheumatologen, Kinder- und Jugendrheumatologen	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	15,00 EUR

* nur relevant für die Abrechnung zwischen BSG und BARMER

Zuschlag			
Zuschlag Dokumentation und Monitoring *Entgeltschlüssel 57201002	Zuschlag auf die KKP für die Festlegung und Dokumentation der individuellen Therapieziele sowie der Kontrolle des Erreichens der Therapieziele im Rahmen des Vertrages, ggf. Angabe der individuell vereinbarten Zielwerte und ggf. der Gründe für die Nichterreichung der Therapieziele (s. Dokumentation und Therapiezielbegleitung) an den Rheumatologen nach Anlage 2.	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	16,00 EUR

B. Vergütung für den Rheumatologen, Kinder- und Jugendrheumatologen und Ambulanzen

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Betrag
Pauschalen			
GP Grundpauschale *Entgeltschlüssel 57201003	Enge Erfolgskontrolle, Datenzusammenführung, Terminvergabe innerhalb von 14 Tagen und Arztbrief binnen 14 Tagen an Hausarzt. 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 *Entgeltschlüssel 57201004	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

* nur relevant für die Abrechnung zwischen BSG und BARMER

BBP 2 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen von mind. zwei rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankungen *Entgeltschlüssel 57201005	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 Versicherterteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben BBP1	17,50 EUR
TP Pauschale für Transitionsprozess *Entgeltschlüssel 57201006	Behandlung und Betreuung während geplantem und koordiniertem Wechsel von Patienten zwischen dem 17. und einschließlich 21. Lebensjahr von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin.	Max. 2 Gespräche je Versicherterteilnahme nicht abrechenbar neben GP und Eingangsdiagnostik	100,00 EUR
Epikrise *Entgeltschlüssel 57201007	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 *Entgeltschlüssel 57201008	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 *Entgeltschlüssel 57201009	Terminvereinbarung und Arztbrief an den Hausarzt innerhalb von 14 Tagen. Verpflichtende Dokumentation in QS-Software nach Anlage 8 bei gesicherter Diagnose. Nur abrechenbar zur Klärung der Verdachtsdiagnose oder bei Erstvorstellung beim Facharzt. Umfassendes Differentiallabor	Einmalig je Vertragsteilnahme und Patient nicht abrechenbar neben TP	50,00 EUR
Infusionsleistung 1 (Praxisklinische Betreuung)	Durchführung der Infusionstherapie mit Biologicals/Biosimilars (BL/BS) bei neu infundierten Patienten (Umstellung von einem subkutan applizierten auf ein zu infundierendes BL/BS)	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versicherterteilnahmejahr	30,00 EUR

* nur relevant für die Abrechnung zwischen BSG und BARMER

<p>*Entgeltschlüssel 57201010</p>	<p>oder medizinisch induzierte Erstein- stellung auf ein BL/BS) nach der Arz- neimitteltherapie (Anlagen 10 und 16) unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung und Durchführung der Do- kumentation entsprechend der Anfor- derung sowie Vorhalten der in den Anlagen 10 und 16 beschriebenen Qualitätsvoraussetzungen</p> <p>Mind. 2-stündige praxisklinische Be- treuung einschließlich Infusion mit BL/BS pro Quartal. Vorhaltung einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entspre- chend der Anlage 10.</p>	<p>nicht abrechenbar neben Infusi- onsleistung 2</p>	
<p>Infusionsleistung 2 (Praxisklinische Be- treuung)</p> <p>*Entgeltschlüssel 57201011</p>	<p>Durchführung der Infusionstherapie mit Biologicals/Biosimilars (BL/BS) bei neu infundierten Patienten (Umstel- lung von einem subkutan applizierten auf ein zu infundierendes BL/BS oder medizinisch induzierte Ersteinstellung auf ein BL/BS) nach der Arzneimittel- therapie nach Anlage 10 und 16 unter dem Aspekt der praxisklinischen Be- treuung und Durchführung der Doku- mentation entsprechend der Anforde- rung sowie Vorhalten der in Anlage 10 und 16 beschriebenen Qualitätsvo- oraussetzungen</p> <p>Mind. 4-stündige praxisklinische Be- treuung einschließlich Infusion mit BL/BS pro Quartal. Vorhaltung einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Aus- stattung entsprechend der Anlage 10.</p>	<p>Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteil- nahmejahr</p> <p>nicht abrechenbar neben Infusionsleistung 1</p>	<p>60,00 EUR</p>
<p>Infusionsleistung (Praxisklinische Be- treuung) bei der In- dikation Still-Syn- drom</p> <p>*Entgeltschlüssel 57201017</p>	<p>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-Therapie- leitlinie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis“ der Konsensusgruppe der JIA in der je- weils gültigen Fassung.</p> <p>Durchführung der Infusionstherapie mit Biologicals/Biosimilars (BL/BS) bei neu infundierten Patienten (Umstel- lung von einem subkutan applizierten auf ein zu infundierendes BL/BS oder medizinisch induzierte Ersteinstellung auf ein BL/BS) nach der Arzneimittel- therapie (Anlagen 10 und 16) unter</p>	<p>Je Leistung</p> <p>Max. 4 x pro Quartal</p>	<p>30,00 EUR</p>

* nur relevant für die Abrechnung zwischen BSG und BARMER

	<p>dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung und Durchführung der Dokumentation entsprechend der Anforderung sowie Vorhalten der in den Anlagen 10 beschriebenen Qualitätsvoraussetzungen</p> <p>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.</p>		
<p>Gelenkinjektion für Versicherte < 12</p> <p>*Entgeltschlüssel 57201018</p>	<p>intraarticuläre Injektion verschiedener Gelenke (Schulter, Ellenbogen, Hände, Hüften, Knie und OSG/USG, Finger, Zehen) mit dem Ziel der Schmerzreduktion, dem Erhalt der Gelenkfunktion und der Verbesserung der Funktionskapazität, inkl. Aufklärung über Sedierung mittels intravenösem Zugang (Midazolam) und Analgesie (Ketamin) bzw. Sedierung (Propofol) und Analgesie (Opiate); Überwachung (z. B.: transkutanes sO₂) von 2-4 Stunden durch den Kinder- und Jugendrheumatologen und durch eine Krankenschwester.</p> <p>Die Leistungserbringung erfolgt durch Kinder- und Jugendrheumatologen. Qualitative, strukturelle und personelle Voraussetzungen des Monitorings gem. nachstehender Tabellen 1 bis 3 (Sauer et al.) unter Berücksichtigung der gemeinsamen 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).</p>	<p>Max. 1x pro Quartal</p> <p>Max. 4x Versichertenteilnahmejahr</p> <p>Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen</p>	<p>60,00 EUR</p>
<p>Gelenkinjektion für Versicherte >= 12 bis < =17 Jahre</p> <p>*Entgeltschlüssel 57201019</p>	<p>intraarticuläre Injektion verschiedener Gelenke (Schulter, Ellenbogen, Hände, Hüften, Knie und OSG/USG, Finger, Zehen) mit dem Ziel der Schmerzreduktion, dem Erhalt der Gelenkfunktion und der Verbesserung der Funktionskapazität, inkl. Aufklärung über Analgosedierung mit N₂O/O₂ Gemisch (Livopan)</p> <p>Die Leistungserbringung erfolgt durch Kinder- und Jugendrheumatologen. Qualitative, strukturelle und personelle Voraussetzungen des Monitorings gem. nachstehender Tabellen 1 bis 3</p>	<p>Max. 1x pro Quartal</p> <p>Max. 4x Versichertenteilnahmejahr</p> <p>Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen</p>	<p>30,00 EUR</p>

	(Sauer et al.) unter Berücksichtigung der gemeinsamen 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).		
Gelenkinjektion für Versicherte >= 18 *Entgeltschlüssel 57201012	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 Berufsverbandes 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 pro Versicherterteilnahmejahr	15,00 EUR
Patientenschulung in der Kinderrheumatologie („Päd-School Rheuma“) *Entgeltschlüssel 57201020	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 Arztmodule über Krankheit und Therapie, 1 Psychologenmodul über Krankheitsverarbeitung, 1 Physiotherapiemodul, 1 Ergotherapiemodul, 1 Modul Soziales und Schule). Ein Modul umfasst 90 min. Gruppenschulung von max. 6 -12 Patienten	3 bis 6 Schulungseinheiten Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen	25,00 EUR
Strukturierte Patienteninformation StruPi *Entgeltschlüssel 57201013	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. Der Rheumatologe stellt in geeigneter Weise ein Remindersystem sicher, um die Patienten rechtzeitig an die Teilnahme an den einzelnen Informationsveranstaltungen zu erinnern.	Vergütung pro Schulungseinheit pro Patient Max. 3 Schulungseinheiten pro Patient insgesamt	25,00 EUR

* nur relevant für die Abrechnung zwischen BSG und BARMER

	Eine Einheit umfasst 90 min. Gruppenschulung von max. 6 -12 Patienten		
Osteologische Diagnostik mit DEXA Modul 1 *Entgeltschlüssel 57201014	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.	Max. 1 x pro Versicherten-teilnahmejahr nicht abrechenbar neben Modul 2	16,31 EUR
Osteologische Diagnostik mit DEXA Modul 2 *Entgeltschlüssel 57201015	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 nur deshalb nicht möglich ist, weil die letzte Abrechnung nach dem EBM noch nicht lange genug zurück liegt.	Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben Modul 1 Max. alle 2 Versichertenteilnahmejahre	32,62 EUR
Tight Control / Notfallmanagement *Entgeltschlüssel 57201016	<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 Organkomplikationen 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</p>	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr	20,00 EUR

	Verlust des Arbeitsplatzes oder andere einschneidende Lebensereignisse, die zu einer erheblichen psychischen Belastung mit negativen Auswirkungen auf die Grunderkrankung führen können.		
--	--	--	--

Sauer et al., Vorbereitung und Monitoring im Rahmen von Sedierung und Analgosedierung durch Fachärzte und Weiterbildungsassistenten in der Kinder- und Jugendmedizin, Klin Pädiatr 2008; 220: 189– 195, DOI 10.1055/s-2008-1058109,

Tab. 1: Definition der Sedationstiefe (nach American Academy of Pediatrics (AAP) und American Society of Anesthesiologists (ASA))

Tab. 2: Risikoprofil gem. ASA-Klassifikation

Sedierung, Analgosedierung und Narkose nach AAP-Definition		
leichte Sedierung („conscious sedation“)	tiefe Sedierung („deep sedation“)	Anästhesie („general anesthesie“)
<ul style="list-style-type: none"> - protektive Reflexe erhalten - volle Luftwegskontrolle ohne Hilfsmittel - Erweckbarkeit durch taktile und/ ohne akustische Reize 	<ul style="list-style-type: none"> - Teilverlust protektiver Reflexe - teilweise fehlende Luftwegskontrolle - keine unmittelbare Erweckbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - totaler Verlust protektiver Reflexe - komplett fehlende Luftwegskontrolle - völlige Bewusstlosigkeit

Status	Definition	Beispiel
ASA I	gesunder Patient	unauffällige Anamnese
ASA II	Patient mit geringfügiger, nicht anästhesierelevanter Erkrankung	mildes Asthma bronchiale; Diabetes mellitus, zerebrale Krampfanfälle – jeweils medikamentös gut eingestellt; leichte Anämie
ASA III	Patient mit gravierender Störung des Allgemeinzustandes	Pneumonie; moderate Adipositas; unbefriedigend eingestellte chronische Erkrankung wie Epilepsie, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale
ASA IV	Patient mit schwersten, potenziell lebensbedrohlichen Störungen des Allgemeinzustandes	schwere bronchopulmonale Dysplasie; Sepsis; fortgeschrittene chronische Erkrankung mit Anzeichen der pulmonalen, kardialen, hepatischen, renalen oder endokrinen Insuffizienz
ASA V	moribunder Patient	septischer Schock; schweres Trauma

Tab. 3: Qualitative, strukturelle und personelle Voraussetzungen des Monitorings für die Abrechnungsfähigkeit intraartikulärer Injektionen im Rahmen dieses Vertrages

leichte Sedierung			
	ärztliche Qualifikation	Monitoring	personelle Voraussetzung
ASA I – II	Arzt, der Sedierung und Notfallmanagement	- Pulsoxymetrie - nicht invasiver Blutdruck (NIBP) - 10-minütig	- Untersucher (Arzt) - Arzt, der die Sedierung durchführt und überwacht - 1 Pflegekraft
ASA III	Arzt, der Sedierung und Notfallmanagement inkl. Reanimation beherrscht	- Pulsoxymetrie - EKG - NIBP (10-minütig)	- Untersucher (Arzt) - Arzt, der die Sedierung durchführt und überwacht - 1 Pflegekraft
ASA IV – V	Facharzt für Anästhesie	entsprechend DGAI-Richtlinien	entsprechend DGAI-Richtlinien
tiefe Sedierung			
	ärztliche Qualifikation	Monitoring	personelle Voraussetzung
ASA I – II	Arzt, der Sedierung und Notfallmanagement inkl. Reanimation beherrscht	- Pulsoxymetrie - EKG - NIBP (5-minütig)	- Untersucher (Arzt) - Arzt, der die Sedierung durchführt und überwacht - 2 Pflegekräfte, davon eine ausschließlich für die Sedierung
ASA III	FA, der Sedierung und Notfallmanagement inkl. Reanimation beherrscht	- Pulsoxymetrie - EKG - NIBP (5-minütig)	- Untersucher (Arzt) - Arzt, der die Sedierung durchführt und überwacht - 2 Pflegekräfte, davon eine ausschließlich für die Sedierung
ASA IV – V	Facharzt für Anästhesie	entsprechend DGAI-Richtlinien	entsprechend DGAI-Richtlinien
Nach Ende der Sedierung wird die Überwachung mittels Pulsoxymetrie (kontinuierlich) und entsprechend ASA-Klassifikation mit EKG (Ausnahme: leichte Sedierung bei Patienten mit ASA I/II) und NIBP (15-minütig) vorgenommen. Die Überwachung erfolgt bis zum Aufwachen des Patienten mit kompletter Rückkehr der Schutzreflexe, mindestens aber für 2 Stunden.			

§ 2

Dokumentation

Der Hausarzt, Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe 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 sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arztinformationssystemen anzuwenden (siehe §§ 5 bis 7 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

§ 3**Anspruch der Hausärzte, Rheumatologen, bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologen gegen die BSG auf die Vergütung**

- (1) Hausärzte, Rheumatologen, bzw. die Kinder- und Jugendrheumatologen haben nach § 10 des Vertrages sowie dieser Anlage 3 Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihnen nach Maßgabe des § 10 des Vertrages sowie dieser Anlage 3 vertragsgemäß im Rahmen des Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen. Leistungen, die gemäß Anlage 3 vergütet werden, darf der Hausarzt, Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen.
- (2) Die Abrechnung der Leistungen der Hausärzte, Rheumatologen bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologen erfolgt gegenüber der BSG nach § 5 dieser Anlage 3.
- (3) Die Ansprüche der Hausärzte, Rheumatologen und Kinder- und Jugendrheumatologen auf Vergütung der IV-Leistungen gegenüber der BSG verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt grundsätzlich mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals, indem der Hausarzt, Rheumatologe bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht hat, frühestens mit Eintritt der Fälligkeit nach Maßgabe des § 5 Abs. 9.
- (4) Für den Fall von Überzahlungen an teilnehmende Hausärzte, Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen hat die BSG Anspruch auf Rückzahlung der geleisteten Überzahlungen nach Maßgabe dieser Anlage 3. Eine Überzahlung ist jede Auszahlung der BSG, die z.B. wegen fehlerhafter Abrechnung den Anspruch des Hausarztes, Rheumatologen bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen auf ihre Vergütung übersteigt. Die BSG ist gegenüber dem noch teilnehmenden Hausarzt, Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen berechtigt, den Betrag der Überzahlung mit dem IV-Vergütungsanspruch des Hausarztes, Rheumatologen bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen in den auf die Zahlungsaufforderung folgenden Abrechnungszeiträumen zu verrechnen. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (5) Sofern die Teilnahme des Hausarztes, Rheumatologen bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen endet, bevor eine vollständige Verrechnung des Überzahlungsanspruches umgesetzt werden konnte, ist die BSG berechtigt und verpflichtet, ihren gegen den betroffenen Hausarzt, Rheumatologen bzw. den Kinder-

und Jugendrheumatologen bestehenden Erstattungs- bzw. Schadenersatzanspruch innerhalb einer Frist von 24 Monaten gegenüber dem betroffenen Arzt geltend zu machen. Bis zum Fristablauf ist eine Geltendmachung bzw. Aufrechnung durch die BARMER gegenüber der BSG ausgeschlossen. Sollte während der Vertragslaufzeit eine nicht unerhebliche Anzahl offener Forderungen aus Überzahlungen zu Lasten der BSG bestehen bzw. betroffene Ärzte innerhalb der Rechtsverfolgungsfrist gegenüber der BSG nachweisbar rechtshindernde, rechtsvernichtende Einwendungen oder rechtshemmende Einreden geltend machen, werden sich die Parteien darüber ins Benehmen setzen.

§ 4

Anspruch der BSG auf die Vergütung gegen die BARMER

- (1) Die BSG hat gegen die BARMER einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nach Maßgabe des § 10 sowie dieser Anlage 3 vertragsgemäß für den Versicherten durch die Hausärzte, Rheumatologen bzw. die Kinder- und Jugendrheumatologen erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen. Die Vergütung ist innerhalb der in § 6 Abs. 6 dieser Anlage 3 geregelten Zahlungsfrist fällig. Sämtliche Leistungen entlang des Behandlungspfades dieses Vertrages sind mit den vereinbarten Vergütungen gemäß § 10 abgegolten.
- (2) Der Anspruch der BSG auf Vergütung gegenüber der BARMER verjährt innerhalb von 36 Monaten. Diese Frist beginnt mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals, in dem der Hausarzt, der Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht hat.
- (3) Im Falle von Überzahlungen an die Hausärzte, Rheumatologen und Kinder- und Jugendrheumatologen gemäß § 3 Abs. 4 und 5 dieser Anlage 3 hat die BSG der BARMER einen korrigierten Abrechnungsdatensatz zu übermitteln. Die BARMER hat grundsätzlich gegenüber der BSG Anspruch auf Erstattung der an die Hausärzte, Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen überzahlten Vergütungen. Die BARMER ist berechtigt, überzahlte Beträge mit Ausnahme der Fälle nach § 3 Abs. 5 S. 2 dieser Anlage 3 mit fälligen Vergütungsansprüchen der BSG aufzurechnen.

§ 5

Abrechnung der Vergütung durch den Hausarzt, Rheumatologen bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen gegenüber der BSG

(1) Die BSG ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der Vergütung des Hausarztes, Rheumatologen bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen nach den Vorgaben dieser Anlage 3 verpflichtet.

(2) Das von der BSG hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:

Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg.

(3) Für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen ist der Hausarzt, Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der BSG beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295 a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln.

(4) Der Hausarzt, Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe rechnet den Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal, gegenüber der BSG ab. Der Hausarzt, Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe hat die IV-Abrechnung an die BSG spätestens bis zum 20. Tag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (20. Januar, 20. April, 20. Juli und 20. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der BSG. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den Hausarzt, Rheumatologen bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen behält sich die BSG vor, die verspätet eingegangenen Abrechnungsdaten erst zu dem auf die Übermittlung folgenden Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.

(5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften Abrechnung des Hausarztes, Rheumatologen bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen erstellt die BSG die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der BARMER 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 § 8 dieser Anlage 3 (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Die BSG übersendet dem Hausarzt, Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen nach Erhalt der Zahlung von der BARMER einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3, die Verwaltungskostenpauschale nach § 13 sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 8 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der Hausarzt, Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der BSG unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der BSG etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.
- (8) 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. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die BSG wird den Hausarzt, Rheumatologen bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Hausarzt, Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen.
- (9) Der Vergütungsanspruch des Hausarztes, des Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen gegenüber der BSG wird erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der BARMER gemäß § 4 Abs. 1 dieser Anlage 3 gegenüber der BSG fällig.
- (10) Die §§ 10 bis 13 des Vertrages sowie die Regelungen dieser Anlage 3 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den Hausarzt, Rheumatologen bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen weiter, bis die Ansprüche des Hausarztes, Rheumatologen bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen auf Vergütung abgerechnet sind.

- (11) Die BSG ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines Hausarztes, Rheumatologen bzw. eines Kinder- und Jugendrheumatologen ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen einzubehalten. Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehaltes nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der BSG bereits erloschen ist, an den Hausarzt, Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die BSG erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.

§ 6

Abrechnung der Vergütung der BSG für Leistungen der Hausärzte, Rheumatologen und Kinder- und Jugendärzte gegenüber der BARMER

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung bedient sich die BSG zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 5 Abs. 2 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295 1b SGB V i.V.m. § 295 a Abs. 2 SGB V). Das Rechenzentrum übersendet eine Abrechnungsdatei. Diese enthält die vom Hausarzt, Rheumatologen bzw. vom Kinder- und Jugendrheumatologen abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den Hausarzt, Rheumatologen bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen geprüften Vergütung im Sinne des § 10 und dieser Anlage 3 aus.
- (2) Die Abrechnungsdatei wird im Rahmen des Datenaustauschverfahrens (TA)¹ nach § 295 Abs. 1b SGB V übermittelt. Zu beachtende abweichende oder ergänzende Rechnungsinhalte zur gültigen Technischen Anlage zum Datenaustauschverfahren sind in Anlage 20 (Befüllungshinweise) beschrieben. Vor der erstmaligen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach Satz 1 führt die BSG zusammen mit der BARMER 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 Datenannahmestelle der BARMER.

¹ 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

-
- (3) Die BSG rechnet die Leistungen für die Hausärzte, Rheumatologen und Kinder- und Jugendrheumatologen bis zum Ende des zweiten, auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats gegenüber der BARMER ab. Diese Frist verlängert sich automatisch um einen angemessenen Zeitraum, wenn sich die Abrechnung aus Gründen, die weder die BSG noch deren Abrechnungsdienstleister zu vertreten haben, verzögert.
 - (4) 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 BARMER an den Datenabsender gesandt. Die Fehler sind entsprechend der Fehlerhinweise zu korrigieren und eine neue Abrechnungsdatei ist zu übermitteln.
 - (5) Davon unberührt bleibt das Recht der BARMER auf Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der für die Hausärzte, Rheumatologen und Kinder- und Jugendrheumatologen abgerechneten Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnungen.
 - (6) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt nach Eingang der Abrechnungsunterlagen nach Abs. 1 und 4 innerhalb der vereinbarten Frist von 21 Tagen. Der Zeitpunkt der Fälligkeit verschiebt sich auf den nachfolgenden Werktag, falls der Tag der Fälligkeit auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt. Ist die BARMER der Auffassung, dass die ihr übermittelte Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Zahlungsfrist der BSG schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen oder eine Zahlung unter dem Vorbehalt der Lieferung fehlerfreier Abrechnungsdaten vorzunehmen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
 - (7) Die BSG ist berechtigt und verpflichtet, die Vergütung von der BARMER entgegen zu nehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von ihrem sonstigen Vermögen zu verwalten, sie kann sich insoweit des Beauftragten als Erfüllungsgehilfen und Zahlstelle bedienen. Der Beauftragte ist als Zahlstelle der BSG berechtigt und verpflichtet, die von der

BARMER erhaltene Zahlung an die Hausärzte, Rheumatologen und Kinder- und Jugendrheumatologen zum Zwecke der Abrechnung der Vergütung nach den Vorgaben dieser Anlage 3 weiterzuleiten. Die BARMER hat die Zahlung auf ein Konto des Beauftragten zu leisten.

§ 7

Korrekturverfahren - Storno auf Fallebene und Sendung eines neuen Originalfalles

(1) Stornofälle auf Fallebene

Stornofälle sind solche, bei denen der Hausarzt, Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. der von ihm beauftragte Abrechnungsdienstleister oder die BARMER 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.

(2) Neuer Originalfall mit neuer Rechnungsnummer

Im Falle einer Korrektur aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) wird ein Korrekturdatensatz mit dem Verarbeitungskennzeichen "40" sowie ein neuer (korrigierter) Datensatz mit dem Verarbeitungskennzeichen "10" im IVK-Segment und gleicher Rechnungsnummer (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment RGI - Feld 12/12.5) im RGI-Segment geliefert. Der Korrekturzähler (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment RGI - Feld 12/12.8) wird auf den Wert "1" gesetzt.

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

§ 8

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum prüft für die BSG die Abrechnung der Ärzte, ausgenommen der Ambulanzen auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 10 bis 11 des Vertrages und §§ 3 bis 6 dieser 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 am Vertrag;
 - 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 2 der Anlage 3.
- (3) Der Umfang der von der BSG an die BARMER 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 Hausarzt, Rheumatologe und Kinder- und Jungedreumatologen über die Vertragssoftware 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 Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 9

Anspruch aus abgetretenem Recht und Abrechnung der Leistungen der Ambulanzen gegenüber der BARMER

- (1) Die BSG tritt ihre Ansprüche gegen die BARMER auf Vergütung für die Leistungen der Ambulanzen aus diesem Vertrag an die Ambulanzen ab.
- (2) Die Ambulanzen rechnen ihre Leistungen direkt mit der BARMER gemäß des Datenaustauschverfahrens nach § 301 Abs. 5 SGB V (ambo) in der jeweils aktuellen Fassung ab. Dabei ist das Vertragskennzeichen 120A02AE019 abweichend von den Anforderungen in der Technischen Anlage immer zwingend anzugeben.
- (3) Die BARMER leistet die Vergütung an die Ambulanzen.
- (4) Die erbrachten Leistungen dieses Vertrags sind am Ende jedes Quartals gegenüber der BARMER abzurechnen.

Die Leistungskomplexe werden von den teilnehmenden Ambulanzen unter Angabe der Leistungsebene, des Leistungskomplexes und der Versichertendaten abgerechnet. Zur Abrechnung kommen nur tatsächlich erbrachte Leistungen.

- (5) Die Fälligkeit der zu entrichtenden Vergütung tritt nach Ablauf von 30 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen gemäß der jeweils aktuell gültigen Technischen Anlage zum Datenaustausch nach § 301 Abs. 5 SGB V bei der BARMER ein. Der Zeitpunkt der Fälligkeit verschiebt sich auf den nachfolgenden Werktag, falls der Tag der Fälligkeit auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut bzw. das Auslösen der Zahlung im Wege des elektronischen Datenaustauschs. Zunächst beanstandete Rechnungen bezahlt die BARMER innerhalb von 30 Kalendertagen nach Wegfall des Beanstandungsgrundes.
- (6) Rechnerisch oder sachlich (inhaltlich) falsche Rechnungen werden durch die BARMER beanstandet und den abrechnenden Ambulanzen unter Verwendung des Originaldatensatzes im Wege elektronischer Datenübertragung übermittelt. Das Recht der BARMER zur Beanstandung kann innerhalb von 36 Monaten geltend gemacht werden. Aus dem Fehlersegment sind die Gründe für die Zurückweisung der Rechnung abzuleiten. Sofern es zu einer Rechnungskürzung kommt und der Rechnungs- und Überweisungsbetrag nicht übereinstimmen, übermittelt die BARMER eine individuelle Information mit Angabe der Gründe an die Ambulanzen.

Zu den mitgeteilten Gründen nach Abs. 6 nehmen die Ambulanzen gegenüber der BARMER schriftlich Stellung.

- (7) Die Ansprüche der Ambulanzen auf Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit dem Schluss des Quartals, in dem die Leistung erbracht wurde.

§ 10

Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser Anlage 3:

Anhang 1 zu Anlage 3: Folgeerkrankungen

Anhang 2 zu Anlage 3: Einschlusskriterien