

## BV-Vergütung

### § 1

#### Vergütungspositionen

Die BV-Partner vereinbaren für die in dieser Anlage 3 zu erbringenden Leistungen folgende Vergütung:

- Die nachfolgende BV-Vergütung ist für Versicherte nur abrechnungsfähig, wenn mindestens eine Verdachtsdiagnose oder eine gesicherte Diagnose einer Indikation nach Anhang 1 dieser 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.

#### I. BV – Vergütung für den Hausarzt

Bezeichnung der BV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>Pauschale</b>			
<b>Erstbetreuungspauschale (EBP)</b>	Erstbetreuung zur Abklärung bei Verdacht auf oder Sicherung einer chronischen Niereninsuffizienz oder bei Risiko-Patienten nach Anhang 1 dieser Anlage 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Versicherten</li> <li>• Max. 1 x pro Versicherten- teilnahme.</li> <li>• Nicht abrechenbar neben der KKP und KMP</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	<b>15,00 EUR</b>
<b>Kontaktabhängige Koordinierungs- und Betreuungspauschale (KKP)</b>	Kontaktabhängige Koordinierungs- und Betreuungspauschale für die Mitbetreuung der Patienten gemäß der Anlagen 8 - 10 der Stadien 3b bis 5 im Rahmen des BV-Vertrages. Kommunikation zwischen Hausarzt und Nephrologen (inkl. Medikationscheck)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x Quartal</li> <li>• Max. 4 x pro Versicherten- teilnahmejahr</li> <li>• Nicht abrechenbar neben der EBP und KMP</li> </ul> <p><b>Voraussetzung:</b> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal</p>	<b>10,00 EUR</b>

<b>Kontaktabhängige Monitoring- und Betreuungspauschale (KMP)</b>	Kontaktabhängige Monitoring- und Betreuungspauschale für die Betreuung von Risiko-Patienten mit gesicherter hypertensiver Nierenerkrankung und/oder Diabetes mit Nierenkomplikationen nach Anhang 1 dieser Anlage 3 mit bei der Erstuntersuchung auffälligen Werten ohne notwendige Überweisung an den Nephrologen. Verlaufskontrolle durch den Hausarzt. Nach Auffälligkeiten bei der Eingangsdagnostik.	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Nicht abrechenbar neben der EBP und KKP  <b>Voraussetzung:</b> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	<b>10,00 EUR</b>
---	---	--	------------------

## II. BV-Vergütung für den Nephrologen

Bezeichnung der BV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Betrag
<b>Pauschalen</b>			
<b>Erstuntersuchungspauschale/ Eingangsdagnostik für Stadien 3b bis 5 (EP)</b>	Erstuntersuchung des Patienten nach Einschreibung durch Nephrologen oder Überweisung durch Hausarzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 1 x pro Versichertenteilnahme</li> <li>• Nicht abrechenbar neben GP 1 und GP 2</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> Mind. Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	<b>35,00 EUR</b>
<b>Grundpauschale 1 für Stadium 3b (GP 1)</b>	Behandlung des Versicherten entsprechend Anlage 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 2 x im Versichertenteilnahmejahr</li> <li>• Nicht abrechenbar neben EP und GP 2</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	<b>30,00 EUR</b>
<b>Grundpauschale 2 nach Stadium 4 oder Stadium 5 (GP 2)</b>	Behandlung des Versicherten entsprechend Anlage 9 oder Anlage 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 1 x pro Quartal</li> <li>• Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr</li> <li>• Nicht abrechenbar neben EP und GP 1</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b> Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	<b>40,00 EUR</b>
<b>Zuschlag auf die GP für strukturierte Patientenbetreuung über die nephrologische Fachassistenz (Z1)</b>	Mitbetreuung des Versicherten durch einen geprüften Fachassistenten (Versorgungsassistenten in der nephrologischen Praxis) Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des Zuschlages für den nephrologischen Fachassistenten werden in Anhang 2 dieser Anlage 3 geregelt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuschlag auf jede vergütete GP</li> <li>• Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr</li> <li>• Zuschlag auf GP 1 oder GP 2</li> </ul> <b>Voraussetzung:</b>	<b>5,00 EUR</b>

		Ein MFA/Arzthelfer des Nephrologen verfügt über die Qualifikation des Fachassistenten	
<b>Fachübergreifender Betreuungszuschlag Hypertensiologie auf GP 1, GP 2 oder EP (FBH)</b>	Behandlung von Risiko-Patienten mit hypertensiver Nierenerkrankung nach Anhang 1 dieser Anlage 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrechenbar von Nephrologen mit Zusatzbezeichnung Hypertensiologie (DHL)</li> <li>• Zuschlag auf jede vergütete GP oder EP</li> <li>• Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr</li> </ul>	<b>10,00 EUR</b>
<b>Fachübergreifender Betreuungszuschlag Diabetologie auf GP 1, GP 2 oder EP (FBD)</b>	Behandlung von Risiko-Patienten mit Diabetes mit Nierenkomplikationen nach Anhang 1 dieser Anlage 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrechenbar von Nephrologen mit Zusatzbezeichnung Diabetologie</li> <li>• Zuschlag auf jede vergütete GP oder EP</li> <li>• Max. 4 x pro Versicherungsteilnahmejahr</li> </ul>	<b>10,00 EUR</b>
<b>Angepasste Ernährungsberatung/ Diätberatung (AEB)</b>	Durchführung einer angepassten und individuellen Ernährungsberatung durch eine qualifizierte Person.  45 – 60 Minuten pro Einzelberatung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung pro Einzelberatung pro Versicherten</li> <li>• Max. 3 x pro Versicherungsteilnahmejahr</li> </ul>	<b>45,00 EUR</b>
<b>Infusionsleistung (Praxisklinische Betreuung) (IL)</b>	Durchführung der Infusionstherapie mit Eisen bzw. Vitamin B12 einschl. Aufklärung des Versicherten, Dokumentation; Überwachung auf Anzeichen von Überempfindlichkeitsreaktionen sowie Vorhalten einer Infusionseinheit gemäß Anlage 12 mind. 60 Minuten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 3 x pro Quartal</li> </ul>	<b>30,00 EUR</b>

## § 2

### Laufzeit

Diese Anlage 3 tritt am 01.04.2019 in Kraft. Die Vergütungsregelungen gemäß § 1 dieser Anlage 3 gelten zunächst bis zum 31.12.2021.

## § 3

### Dokumentation

Der Arzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses BV-Vertrages endstellig zu übermitteln.

---

**§ 4****Abrechnung der Vergütung durch den Arzt gegenüber der BCS**

- (1) Die BCS ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der Vergütung des Arztes nach den Vorgaben dieser Anlage 3 verpflichtet. Die BCS erhebt eine Verwaltungskostenpauschale gemäß § 16 des BV-Vertrages für die Organisation der Teilnahme und Durchführung der Abrechnung des Arztes. Diese beträgt 5% von der BV-Vergütung für Mitglieder des hinter DIALAID stehenden Berufsverbandes sowie für Hausärzte. Für Nichtmitglieder des hinter DIALAID stehenden Berufsverbandes wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der BV-Vergütung einbehalten.
- (2) Das von der BCS hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:  
  
Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH  
Dürrenhofstrasse 4  
90402 Nürnberg
- (3) Für die Abrechnung der im Rahmen dieses BV-Vertrages erbrachten Leistungen ist der Arzt befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der BCS beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295 a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln.
- (4) Der Arzt rechnet den Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal, gegenüber der BCS ab. Der Arzt hat die BV-Abrechnung an die BCS spätestens bis zum 20. Kalendertag 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 BCS. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den Arzt behält sich die BCS 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 Arztes erstellt das in § 4 Abs. 2 dieser Anlage 3 genannte Rechenzentrum die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der beigetretenen Krankenkasse überprüft die BCS 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 § 6 dieser Anlage 3 (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

- (6) Die BCS übersendet dem Arzt nach Erhalt der Zahlung von der beigetretenen Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3, die Verwaltungskostenpauschale nach § 16 sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 6 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der Arzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der BCS unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der BCS etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.
- (8) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gilt der Abrechnungsnachweis als akzeptiert, wenn nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die BCS 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.
- (9) Die §§ 13 bis 16 des BV-Vertrages sowie die Regelungen dieser Anlage 3 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den Arzt weiter, bis die Ansprüche des Arztes auf die BV-Vergütung abgerechnet sind.

## § 5

### **Abrechnung der Vergütung der BCS für Leistungen der gegenüber der beigetretenen Krankenkasse**

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung bedient sich die BCS zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 Abs. 2 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295 1 b SGB V i.V.m. § 295 a Abs. 2 SGB V). Das Rechenzentrum übersendet eine Abrechnungsdatei. Diese enthält die vom Arzt abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den Arzt geprüften Vergütung im Sinne des § 13 und dieser Anlage 3 aus.
- (2) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die BCS der beigetretenen Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) und/ oder einen Rechnungsbrief als zahlungsbegründende Unterlage. Die BCS bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295 a Abs. 2 SGB V). Die

Abrechnungsdatei enthält die von dem teilnehmenden Arzt abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen Arzt geprüften BV-Vergütung im Sinne des § 13 Abs. 1 des BV-Vertrages aus.

- (3) Die beigetretene Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkasse-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 dieser Anlage 3 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die beigetretene Krankenkasse oder GWQ der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-Prüffrist der BCS schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
- a) Erfolgt innerhalb der Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die beigetretene Krankenkasse innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.
- b) Erfolgt innerhalb der Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die beigetretene Krankenkasse hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 13 des BV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
- (4) Die beigetretene Krankenkasse hat die Zahlung auf das schriftlich von der BCS benannte Konto der BCS („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird die BCS spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der beigetretenen Krankenkasse schriftlich mitteilen.
- (5) Die beigetretene Krankenkasse kann gegenüber dem Arzt binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

## § 6

### Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum prüft für die BCS und die beigetretene Krankenkasse die Abrechnung des Arztes auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 13 bis 15 des BV-Vertrages und §§ 3 bis 5 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 BV-Vertrag;
  - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
  - c) Vorliegen vollständiger und übereinstimmender Abrechnungsdatensätze;
  - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation.
- (3) Der Umfang der von der BCS an die beigetretene Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den Arzt nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des BV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

## § 7

### Anhang

Die folgenden Anhänge sind Bestandteile dieser Anlage 3:

**Anhang 1 zu Anlage 3:**    Einschreibediagnosen